O’zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2025 yil "15" sentabrdagi
287-sonli buyrug’iga
3-ilova

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN
DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

"EKZEMA" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMALAR

TOSHKENT 2025



«TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RIDVvaKIATM
direktori v.b.
Sabirov U.Yu.

«____» _____ 2025yil.

"EKZEMA" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMALAR

TOSHKENT 2025

“EKZEMA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK BAYONNOMASI

Toshkent 2025

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar

L30.0	Tangasimon ekzema	EA80-EA8Z	Dermatitlar va eczema
L30.1	Disgidroz (pomfoliks)		
L30.2	Teri autosensibilizatsiyasi (ekzematoz)		
L30.3	Yuqumli ekzema		
L30.9	Qo‘shimcha aniqlanishlarsiz (sababi noma’lum) ekzema		
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Bayyonnomani ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish 2028 y. yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lishiga qarab. Taqdim etilgan tavsiyalardagi barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda chop ettiriladi.

Ushbu klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqish bo‘yicha ma’sul muassasa:
Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqishga hissa qo‘shganlar:
Dermatovenerologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruhi a’zolarini tashkillashtirish jarayoni bo‘yicha:

1.	Sobirov U.Y.	Markaz direktori, t.f.d., professor	RIDVvaKIATM
2.	Mavlyanova Sh.Z.	Dermatozlar muammolarini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya mudiri	RIDVvaKIATM
3.	Ismog‘ilov A.I.	2- statsionar dermatologiya bo‘limi mudiri, t.f.n.	RIDVvaKIATM
4.	Obidov S.Z	PhD., klinika dermatovenerolog shifokori, k.i.x.	RIDVvaKIATM
5.	Sadiyev Sh.F	Klinika dermatovenerolog shifokori, k.i.x.	RIDVvaKIATM

Taqrizchilar:

1. Mullaxanov Javlon Baxtiyarovich – RIDVvaKIATM konsultativ poliklinika bo‘lim mudiri t.f.d., k.i.x.
2. Batpenova Gulnar Riskeldiyevna – tibbiyot fanlari doktori, professor, Astana tibbiyot universiteti, immunologiya kursi bilan dermatovenerologiya kafedrasi mudiri, Qozog‘iston Dermatovenerologlar va Dermatokosmetologlar assotsiatsiyasi Prezidenti.

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., davolash ishlari bo‘yicha direktor o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.
2. Jalilov Dilshod Sayfullayevich – t.f.n. ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Bayonnoma muhokamasidan ko‘chirma sanasi va raqami: O‘zR SSV RIDVvaKIATM Ilmiy kengashining 27.03.2025 yildagi 3-sonli bayonnomasidan ko‘chirma.

Qisqartmalar ro‘yxati

Bayonnomadan foydalanuvchilar:

1. Dermatolog, dermatokosmetolog shifokorlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatr shifokorlar;
4. Allergolog shifokorlar;
5. Laborant shifokorlar;
6. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Studentlar, klinik ordinatorlar, magistrlar, doktorantlar, tibbiy OTM o‘qituvchilari;
9. Ushbu patologiyaga chalingan bemorlar, ularning oila a’zolar va ularni parvarish qiluvchi shaxslar.

Ushbu bayonnoma atopik dermatitni zamonaviy tashxislash va davolash usullarini sog‘liqni saqlash amaliyotiga har tomonlama joriy etish uchun asos hisoblanadi.

Isbotlangan tibbiyot asosida isbotlanganlik darajasini shkalasi.
Tashxislash usullari uchun isbotlarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi (tashxislash amaliyotlari)

UDD	Tafsilotlarni ochish
1	Referens usulni nazorati bilan yoki meta-tahlilni qo‘llab randomirlashgan klinik tekshiruvlar bilan tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usuli nazorati bilan alohida tadqiqot yoki alohida randomirlashgan klinik tekshiruv va randomirlashgan klinik tekshiruvni istisno qilgan holda meta-tahlilni qo‘llab istalgan dizaynda tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Referens usuli izchil nazorat qilinmaydigan tadqiqot yoki tadqiq qilinayotgan usulga bog‘liq bo‘lmagan yoki randomirlashmagan solishtirma tadqiqot, jumladan kogortli tekshiruvdan iborat referens usulli tadqiqot
4	Klinik holatlar yoritiladigan solishtirilmaydigan tadqiqot
5	Faqatgina ta’sir mexanizmi yoki ekspertlar fikri asoslanishi

Profilaktik, davolash va reabilitatsion amallar uchun dalil-isbotlarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

UDD	Tafsilotlarni ochish
1	Meta-tahlilni qo‘llab RKTni (randomirlashgan klinik tekshiruvni) tizimli sharhi
2	Meta-tahlilni qo‘llab RKTni istisno qilgan holda istalgan dizaynli tadqiqotning alohida RKTi va tizimli sharhi
3	Randomirlashmagan solishtirma tekshiruv, jumladan kogort tekshiruv
4	Klinik holatni yoki holatlarni yorituvchi solishtirilmaydigan tekshiruv, “holat-nazorat” tekshiruvi
5	Amallarning faqatgina ta’sir mexanizmi asoslangan (klinikagacha bo‘lgan tekshiruvlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud

Profilaktik, davolash va reabilitatsion amallar uchun ishonchli tavsiyalarning darajasini baholash shkalasi

UUR	Tafsilotlarni ochish
A	Kuchli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan hamma samaradorlik mezonlari (natijlari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, qiziqtiruvchi natijalar yuzasidan ularning xulosalari o‘zaro muvofiqdir)
B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlarining (natijalarining) hammasi ham muhim emas, tadqiqotlarning barchasi ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas hamda/yoki qiziqtiruvchi natijalar yuzasidan ularning xulosalari o‘zaro muvofiq emas)
C	Kuchsiz tavsiya (tegishli sifatlarga dalil-isbotlarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlarining (natijalarining) hammasi ahamiyatga ega emas, tadqiqotlarning barchasi past uslubiy sifatga ega va qiziqtiruvchi natijalar yuzasidan ularning xulosalari o‘zaro muvofiq emas))

Mundarija

“EKZEMA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK BAYONNOMASI……5

“EKZEMA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY MUOLAJALARNING MILLIY KLINIK BAYONNOMASI ...……..…….……..40

“EKZEMA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASINING MILLIY KLINIK BAYONNOMASI .....…….44

Qisqartmalar ro‘yxati

IL	Interleykin
PUVA	furokumarin guruhiga mansub fotosensibilizatorlarni qo‘llash bilan birga 320–400 nm to‘lqin uzunlikdagi ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish terapiyasi
UFA	350-400 nm o‘lchamli uzun to‘lqinli ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish
UFV	280-320 nm o‘lchamli o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish (selektiv fototerapiya)
UFV-311 terapiya	tor diapazonli 311 nm o‘lchamli o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlar bilan davolash (yoki tor diapazonli (311 nm) o‘rta to‘lqinli terapiya)
O‘NO	- o‘sma nekroz omili
IgE	E immunoglobulini
BA	bronxial astma
IXLA	Immunoxemilyuminessent tahlil
IFLA	Immunoflyuoressent tahlil
IFA	Immunoferment tahlil
PZR	Polimeraza zanjir reaksiyasi
OIV	Odam immun tanqisligi virusi
m/o	Mushak orasiga
v/i	Vena ichiga
t/o	Teri ostiga
JSST	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
Nm	Nanometr
PILN	Past intensivlikdagi lazerli nurlantirish

Asosiy qism.

2.1. Kirish

JSST rasmiy statistik ma’lumotlariga ko‘ra ekzema teri kasalliklari ichida eng ko‘p uchrab, dermatologga murojaat qilgan bemorlarning taxminan 30-40%da tashxislanadi [122].
Ekzema – bu surunkali yallig‘lanishli teri patologiyasi bo‘lib, unda teri qizarishi, kuchli qichishish va xos toshmalar kuzatiladi. U odamdan odamga yuqmaydi, balki nasliy moyil kasallik hisoblanadi [134].
Ekzema – keng tarqalgan polietiologik kasallik bo‘lib, kuchli qichishish bilan kechadigan teri yuzasining yallig‘lanishi unga xos bo‘ladi.
“Ekzema” atamasi avvallari tibbiyotda terida o‘tkir yallig‘lanishli jarayonni bildirish uchun qo‘llanilgan bo‘lib, faqatgina XIX asrning birinchi yarmida u alohida nozologik birlik sifatida belgilandi.
Ingliz tilidagi ilmiy adabiyotlarda bu atama ostida o‘tkir yoki surunkali kechuvchi yallig‘lanishli teri kasalliklari ko‘zda tutilgan bo‘lib, quyidagi bir yoki undan ortiq simptomlar paydo bo‘lishi: eritema, teri shishi, qichishishi, teri qurishi, kepaklanishi, teri dag‘allashishi va tangchalar,

pufakchalar hosil bo‘lishi, ivib qolishi bilan tavsiflanadi. “Ekzematizatsiya” bir qator dermatozlar: atopik, allergik, seboreyali dermatit va boshqalarda kuzatilishi mumkin. Bu guruhga XKT-10 dagi L20–L30 kodli kasalliklar kiradi [122].

Jahon statistikasi shuni ko‘rsatadiki, ekzemaning tarqalishi sayyoramizdagi katta yoshdagi aholisining 1-2% ni tashkil qiladi, boshqa teri kasalliklaridagi uning salmog‘i esa 30-40% ga tengdir [122].

2.2 Ta’rif

Ekzema (yunon. Ekzeo - qaynayman) – surunkali qaytalanuvchi allergik teri kasalligi bo‘lib, ekzogen va endogen trigger omillar ta’sirida shakllanadi va polimorf toshmalar, yallig‘lanish reaksiyalari paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi.
Ekzema endogen (nasliy moyillik, turli xil allergenlarga sensibilizatsiyaning borligi) va ekzogen (maishiy, kasbiy, ekologik va b.) omillarning kompleks ta’siri natijasida rivojlanadi [134].
Nasliy moyillik immun boshqaruv, asab va endokrin tizimi funksiyalari buzilishini belgilab beradi. Ekzemada genlarning yaqqol ekspressivligi va penentrantligi bilan poligen multifaktorial naslga o‘tish kuzatiladi. Ota-onalardan biri kasallansa (ko‘proq onasi) bolada ekzemaga chalinish ehtimoli qariyib 40%, agar ikkala ota-ona kasallansa unda kasallikka chalinish ehtimoli 50-60% bo‘ladi. Stressli holatlar, periferik asab tolalarining zararlanishi va terida oziqlanishning buzilishi nasliy moyil bo‘lgan shaxslarda ekzema rivojlanishi uchun muhim qo‘zg‘atuvchi omillar hisoblanadi. Ekzemaga chalingan bemorlarda ko‘pincha MAT (markaziy asab tizimi) faoliyatida funksional o‘zgarishlar, shartsiz reflekslarning shartlilaridan ustun kelishi, vegetativ asab tizimida simpatik va parasimpatik bo‘limlar faoliyati orasida muvozanatning buzilishi (parasimpatik ta’sirning kuchayishi bilan) qayd etiladi. Ekzemada endokrin tizimida glyukokortikoid va tireoid bo‘g‘inlarning holatida yaqqol buzilishlar: AK II, kortizol va III triyodtironinlarning miqdori oshishi aniqlangan. Ekzema patogenezida erkin radikal jarayonlar (“oksidantli stress”) ma’lum bir darajada rol o‘ynaydi. Erkin radikallar A2 fosfolipazani faollashtiradi, bu araxidon kislotasini ajralishiga olib keladi, undan siklooksigenazalar va lipooksigenazalar ta’sirida yallig‘lanish mediatorlari: leykotriyenlar, prostaglandinlar va tromboksanlar paydo bo‘ladi. Nasliy moyil bo‘lgan shaxslarda F2e (Pf) prostoglandin sintezi oshadi, bu esa o‘z navbatida gistamin, serotonin va allergik reaksiyalarning boshqa mediatorlar ishlab chiqarilishini faollashtiradigan siklik guazinomonofosfat (sGMF) sintezi rag‘batini kuchaytirib beradi. Terining ekzematoz o‘zgarishi sekin rivojlanuvchi yuqori sezuvchanlikning natijasi hisoblanadi. Zamonaviy qarashlarga ko‘ra, ekzema rivojlanishida yuzasida antigenga qarshi maxsus retseptorlar olib yuruvchi T-limfotsitlar (asosan Th-1) va ajralib chiquvchi bir qator yallig‘lanish oldi sitokinlari: interleykin-1 (IL-1), IL-2, alfa-o‘sma nekrozi omili (alfa-O‘NO), gamma-interferonlar asosiy rol o‘ynaydi. Biologik faol moddalar (prostaglandinlar, leykotriyenlar, gistaminlar)ning ajralib chiqishi to‘qimalarda yallig‘lanish reaksiyalari rivojlanishini chaqirib, klinikada giperemiya, shish va qichishish ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Ekzemaning ayniqsa bolalarda rivojlanishi va keyingi kechishida muhim patogenetik omili bo‘lib fermentopatiya, diskineziya, ichak disbiozi, oziqni membranali hazm bo‘lishi va so‘rilishining buzilishi bilan kuzatiladigan me’da-ichak yo‘li va gepatobiliar doiradagi patologiyalar hisoblanadi. Bolalarning erta yoshiga xos bo‘lgan ichak to‘sig‘ining yetarlicha ishlamasligi yaxshi hazm bo‘lmagan oziq mahsulotlari, jumladan to‘liq parchalanmagan oqsilni qonga so‘rilishiga olib keladi [134].

2.3 Tasnifi

XKT-10 ga muvofiq dermatit va ekzema L-20-30 guruhiga kiradi:
L30.0 Tangasimon ekzema

L30.1 Disgidroz (pomfoliks)
L30.2 Teri autosensibilizatsiyasi (ekzematoz)
L30.3 Yuqumli ekzema
L30.9 Qo‘shimcha aniqlanishlarsiz (aniqlanmagan) ekzema
Umum qabul qilingan klinik tasnif mavjud emas.
Hozirgi vaqtda ekzemalarning yagona tasnifi yo‘q. Klinik ko‘rinishining xususiyatlariga qarab kasallikning quyidagi shakllari ajratiladi:
- chin ekzema (idiopatik, disgidrotik, pruriginoz, muguzli (tilotik);
- mikrobli ekzema (nummulyar, paratravmatik, mikotik, intertriginoz, varikozli, sikozsimon, ayollarda ko‘krak bezi so‘rg‘ichi va so‘rg‘ich atrofi ekzemasi);
- seboreyali ekzema;
- bolalar ekzemasi;
- kasbiy ekzema.
Bularning har biri o‘tkir, o‘tkir osti yoki surunkali kechadi [112, 120,122,132,134].

2.4 Kasallikning klinik ko‘rinishi

O‘tkir bosqichi eritematoz va shishli terida vezikulalar, ivigan (“seroz chuqurchalar”), seroz po‘stchalar, ekskoriatsiyalar bilan nuqtali eroziyalar, kamroq – papula va pustulalarning paydo bo‘lishi. Toshmalarning yo‘qolishi bilan birga yangi elementlar paydo bo‘ladi, shuning uchun chin ekzemaga toshmalarning polimorf xususiyatda bo‘lishi xosdir.
O‘tkir osti bosqichiga eritemalar, infiltratsiyalar, lixenifikatsiya, tangachalar va ekskoriyatsiyalar bo‘lishi xos bo‘ladi.
Surunkali bosqichi yaqqol ifodalangan infiltratsiyalar va lixenizatsiyalar, yallig‘lanishdan keyingi gipo- va giperpigmentatsiyalar xos bo‘ladi.
Ekzemaning tez-tez uchraydigan belgisiga qichishish kirib, u kasallik xurujida kuchayadi, shuningdek achishish va og‘riq bo‘lishi ham xos bo‘ladi [112, 120,122,132,134].
Chin ekzema (idiopatik). O‘tkir yallig‘lanishli eritema, shish paydo bo‘lib, shu fonda mikrovezikulalar, ekssudativ papulalar shakllanadi. Mikrovezikulalar tez yoriladi, ularning o‘rnida seroz chuqurchalar deb nomlanuvchi nuqtali eroziyalar paydo bo‘lib, o‘zidan ekssudat ajratadi va matseratsiyalangan hamda kepaklangan epiteliyli ivigan o‘choqlarni hosil qiladi. Serozli suyuqlik sekin-asta qurib borib, kulrang-sarg‘ish po‘stlar hosil qiladi. Chin ekzemada terining shikastlanishi odatda qo‘l va/yoki oyoq panjalari sohasidan boshlanadi. Toshmalar ko‘pincha simmetrik, yelka, tizza va teri qoplamining boshqa sohalariga tarqalishiga moyil bo‘ladi. Ekzema o‘choqlari noaniq chegarali, turli o‘lchamlarga ega bo‘ladi. Terini zararlangan sohalarini zararlanmagani bilan almashishi xos bo‘ladi (“orollar arxipelagi”). Bemorlarni turli jadallikdagi qichishishlar bezovta qilib, bu turli xil nevrotik buzilishlar, xavotir va uyqu buzilishlariga olib keladi. Ekzematoz jarayoni klinik jihatdan qurish, kepaklanish va yoriqlar paydo bo‘lishi bilan surunkali kechishga o‘tishi mumkin. Ekzema ko‘pincha pustula va yiringli po‘stchalar paydo bo‘ladigan infeksiya qo‘shilishi bilan asorat beradi [112, 120,122,132,134].
Disgidrotik ekzema (chin ekzemaning bir turi) qo‘l va oyoq barmoqlarining yon yuzalarida, kaft va tovonda qichishuvchi pufakchalar, qalin qopqoqli ba’zida to‘g‘nog‘ich boshidek keladigan ko‘p kamerali vezikulalar paydo bo‘lishi bilan ifodalanadi. Pufakchalar epidermisda chuqur joylashgani uchun undan yorug‘lik nuri o‘tganida yaltirab qaynatilgan guruch donini eslatadi. Pufakchalarning qalin qopqog‘ini yorilganidan so‘ng ivigan va serozli po‘stchalar, yoriqlar va kepaklanishi bilan eroziyalar hosil bo‘ladi [112, 120,122,132,134].
Pruriginoz ekzemaga yorilmaydigan va po‘st hosil qilmaydigan qattiq assosli mayda, qichishuvchi papulovezikulalar xos bo‘ladi. Yoqtirgan joylari – yuz, qo‘l-oyoqning bukiluvchi

yuzalari, tirsak va tizzaning bukiluvchi qismi, jinsiy a'zolar. Jarayon terida qashinishlar, infiltratsiyalar, quruqshash va lixenifikatsiyalar rivojlanishi fonida surunkali kechadi.

Muguzli (tilotik) ekzema kaft va tovonda giperkeratoz, ba'zida chuqur, og'riqli yoriqlar bilan namoyon bo'ladi. Kechishi surunkali, davolanishga rezistent bo'ladi.

Mikrobli ekzema asimmetrik zararlanish o'choqlari paydo bo'lib, markaziy qismi yiringli va serozli po'st bilan qoplangan bo'ladi. Po'sti shilingandan so'ng o'rnida "chuqurcha" ko'rinishida ivigan eroziv yuza hosil bo'ladi. O'choqlarning chegaralari aniq va ko'chgan epidermisdan to'siqlar hosil qiladi. Toshmalar jadal qichishishlar bilan keladi. Mikrobli ekzemaning o'choqlari ko'pincha tizzadagi trofik yaralarda, oqmalar atrofida va amputatsiyadan keyingi cho'ltoqda varikoz o'zgarishlar zamirida joylashadi. Bunday holatlarda mikrobli ekzema paratravmatik deb nomlanadi [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Tangasimon (nummulyar) ekzema mikrobli ekzemaning bir turi hisoblanadi. O'choqlar deyarli yumaloq shaklda, chegaralari tekis bo'ladi va odatda qo'l-oyoqlarda, kamroq tana qismda joylashadi. Pilakchalar mayda papulalar, vezikulalar, seroz-yiringli po'st, eritema fonidagi kepaklanishli yig'indilardan iborat bo'ladi.

Paratravmatik (yara atrofidagi) ekzema operatsiyadan keyingi chandiqlar sohasida, suyaklar sinishida, osteosintezda, gips bog'lamini noto'g'ri qo'ygan joylarda rivojlanadi. O'tkir yallig'lanishli eritemalar, ekssudativ papulalar va/yoki pustulalarning hosil bo'lishi hamda po'stlar shakllanishi bilan xarakterlanadi.

Varikozli ekzema varikoz kasalligi fonida yuzaga keladi. Kasallikning rivojlanishiga jarohatlar, teri matseratsiyasi, varikoz yaralarni noratsional sirtqi davolash imkon beradi. Zararlanish o'choqlari oyoqlarda, asosan tizzaning pastki 1/3 qismida ko'pincha varikoz yaralarga bevosita yaqin joylarda, teri sklerozlashgan sohalarda joylashadi [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Sikoz shaklli ekzema vulgar sikoz fonida rivojlanadi, bunda jarayon sochli qismdan tashqariga chiqadi, "seroz chuqurchalar", ivish va qichishish, vaqti-vaqti bilan teri lixenifikatsiyasi kuzatiladi. Jarayonning sevimli joyi – yuqori lab, iyak, qo'ltiq osti va qov sohasi bo'ladi [106, 112, 120, 122, 132, 134].

So'rg'ichlar ekzemasi ko'pincha go'dakni emizganda jarohat oqibatidan yoki qo'tir kasalligi asoratidan kelib chiqadi, lekin ba'zi hollarda kasallik sababi noma'lum bo'lib qoladi. So'rg'ichlar ekzemasi bilinar-bilinmas eritema fonida rivojlanadi, unda kuchsiz ifodalangan infiltratsiya, seroz-gemorragik po'st bilan ivish, kepaklanish, ehtimol yoriqlar va pustulalar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. So'rg'ichlar ekzemasi odatda ikki tomonlama bo'ladi, so'rg'ichni qattiqlashishi kuzatilmaydi, kortikosteroidlar bilan davolasa bo'ladi.

Seboreyali ekzema. Jarayon ko'pincha boshning sochli qismida boshlanadi. Zararlanish o'choqlari odatda quloq orti va bo'yin sohalarida joylashib, aniq chegaralari bo'lmaydi, ekssudatsiya kuzatiladi hamda sarg'ish yoki kir kulrang seboreyali po'st hosil qilib, yaqqol qichishish kuzatiladi. Jarayon yog'li seboreya fonida rivojlanadi. O'ziga xos belgilari – chegaralari aniq yoki yoyilib ketgan sarg'ish-pushti eritematoz infiltrlangan dog'lar, tarkibi yog'li, sariq rangli tangachalar ko'rinishida mayda plastinkali kepaklanish paydo bo'lishi. Seroz-yiringli ho'l, yog'li tangachali po'stchalar hosil bo'lganida seroz-yiringli ekssudatsiya oqishi. Boshning sochli qismida ekssudat yopishib qoladi, tangachalar va po'stchalar bo'ladi.

Bolalardagi ekzema. Chin, seboreyali va mikrobli ekzemaning klinik belgilari yuzaga keladi. Bolalarda ekzemaning belgilari ko'pincha 3-6 oylik yoshida paydo bo'ladi. Klinik ko'rinishida ekssudatsiya jarayonlari ustunlik qiladi: yaqqol ifodalangan eritema, shish, ivish va seroz po'stchalarning taxlanishi. Sutli qasmoq yoki sutli po'stchalar deb nomlanuvchi elementlar paydo bo'ladi. Eritematoz o'choqlar yaltiroq yuzali, tekkanda issiq bo'ladi. Bolalar uyqusizlik va qichimadan aziyat chekishadi. Ekzema surunkali, qaytalanib kechadi [84, 90, 106, 112, 120, 122, 132, 134].

Professional ekzema ishlab chiqarish (kimyoviy, bakteriologik va b.) allergenlari bo‘lganida va organizmning allergik reaktivligi o‘zgarganda rivojlanadi. Professional allergenlarga aminli qattiqlashtiruvchilar, sintetik yelimlar, parafenilendiamin, dinitroxlorbenzol, epoksidli qatronlar, fenolformaldegid, penitsillin va polusintetik antibiotiklar, og‘ir metall tuzlari (masalan: xrom, nikel, kobalt tuzlari), skipidar va uning mahsulotlari, simob birikmalari, qimmatbaho va yarim qimmatbaho metallar qorishmalari va b. kiradi. Professional ekzemada ishlab chiqarishda qo‘llaniladigan va professional allergen bo‘lgan moddalarga sekin turdagi reaksiya rivojlanadi. Professional ekzemaning klinik ko‘rinishi yetarlicha turli xil bo‘ladi, lekin unda odatdagi ekzemaning hamma belgilari bo‘ladi. Professional ekzema ko‘pincha terining ochiq sohalari, ya’ni qo‘zg‘atuvchi kontaktda bo‘ladigan joylarda rivojlanadi (yuz, bo‘yin, to‘sh sohasi, kaft usti, bilak va tizza). Etiologik omil yo‘qolganida kasallik nisbatan tez bartaraf bo‘ladi. Polivalent sensibilizatsiya rivojlanganida etiologik omilni bartaraf qilganda kasallik qaytalanishini to‘xtata olmaydi. Professional ekzema ko‘pincha respirator o‘zgarishlar, bronxospazm, allergik rinit, allergik konyunktivitlar bilan birga keladi. Professional ekzema tashxisi ma’lum bir tekshiruv usullarida qo‘yiladi. Ulardan keng tarqalganlaridan – gumon qilingan professional qo‘zg‘atuvchidan teri sinamasi, allergologik va immunologik testlar, funksional tashxislash usullari. Professional ekzemaga chalingan bemorlarda mehnatga layoqatlilik ekspertizasi o‘tkazilib, kasbiy kasalligi bo‘yicha nogironlik darajasi aniqlanadi [106, 112, 120, 122, 132, 134].

3. Tashxislash usullari, yondashuvlari va amaliyotlari

3.1. Tashxislash mezonlari:

1. Ekzema tashxisi quyidagilarga asoslanib qo‘yiladi:
2. Shikoyatlar tahlili,
3. Anamnez ma’lumotlari,
4. Fizik tekshiruvlar,
5. Zararlanish o‘choqlaridan teri biopsiya materialini patolog-anatomik tekshiruv natijalari.

Ekzema tashxisi shikoyatlar tahlili, anamnez ma’lumotlari, kasallikning klinik ko‘rinishini baholash asosida qo‘yiladi.

Chin ekzemaning klinik ko‘rinishi kasallikka mos bo‘ladi; kamdan-kam hollarda chin ekzemani atopik dermatit, toksidermiya, piodermiya va allergik kontakt dermatitdan farqlashga to‘g‘ri keladi.

Disgirotik ekzemani kaft-tovon psoriazi, Endryusning pustulyoz bakteridi, dermatomikozlar, Allopo surunkali akrodermatiti, kamdan-kam hollarda esa bullyoz pemfigoiddan farqlash zarur.

Pruriginoz ekzemani qiyosiy tashxislashda qo‘tir, bolalar qichimasi, doimiy papulyoz eshakemi, Dyuring gerpetsimon dermatiti bilan farqlash kerak bo‘ladi.

Mikrobli ekzemani streptodermiya, kontakt allergik dermatit, subkorneal pustulyoz, Dyuring dermatiti va leyshmanioz bilan qiyosiy tashxislanadi.

Tangasimon ekzemani pilakchali parapsoriaz, pushti lishay, seboreyali ekzema bilan qiyosiy tashxislanadi.

Sikoz shaklli ekzemani vulgar va parazitar sikozdan farqlash kerak.

Paratravmatik ekzemani kontakt dermatit, psoriaz, qizil yassi lishayning gipertrofik shakli va Shamberg kasalligidan qiyosiy tashxislanadi.

So‘rg‘ichlar ekzemasini qo‘tir va Pejet kasalligidan qiyosiy tashxislanadi.

Seboreyali ekzemani psoriaz, parapsoriaz, qosh usti uleritemasi, disksimon qizil yugurik, follikulyar Darye diskeratozi, Deverji kasalligi, seboreyali Senir-Asher pufakchasi va yaxshi sifatli oilaviy Xeyli-Xeyli pufakchasidan qiyosiy tashxislash kerak.

Muguzli (tilotik) ekzemani kaft va tovon psoriazi, dermatomikoz va keratodermiyadan qiyosiy tashxislanadi [112].

1. **Laborator tekshiruvlar:**
   https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
   https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02952-9/abstract
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02953-0/abstract
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C5	bemorning umumiy holatini baholash uchun tizimli davolashga qarshi ko‘rsatma bo‘lganida va tizimli davolashni xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda quyidagi tekshiruvlar o‘tkaziladi: umumterapiya qonning biokimyoviy tahlili: umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, triglitseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, ishqoriy fosfataza va gamma-glyutamiltransferaza

C5	zaxm uchun skrining testlaridan biri: RMP, RPR, KSR Tasdiqlanadigan testlar (6 tasidan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM

C5	bemorning umumiy ahvolini baholash va tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun: siydikning umumiy (klinik) tahlili (rangi, tiniqligi, nisbiy zichligi, rN reaksiyasi, glyukoza, oqsil, bilirubin, urobilinoidlar, qonga reaksiyasi, keton tanachalari, nitratlar, yassi epiteliy, o‘tuvchi epiteliy, buyrak epiteliylari, leykotsitlar, eritrotsitlar, gialinli silindrlar, donali silindrlar, mumsimon silindrlar, epitelial silindrlar, leykotsitar silindrlar, eritrotsitar silindrlar, pigmentli silindrlar, shilliq, tuzlar, bakteriyalar)

C5	tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va biologik preparatlar bilan tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda B gepatiti virusining (Hepatitis B virus) yuzaki antigeniga (HBsAg) qarshi antitanalarni aniqlash

C5	tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va biologik preparatlar bilan tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish maqsadida qonda odam immuntanqisligi virusiga (OIV) qarshi M va G sinfdagi antitanalarni (IgM, IgG) aniqlash

C5	ekzemaga chalingan ayol bemorlarda tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va selektiv immunodepressantlar bilan tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish maqsadida siydikda xorion gonadotropini (XG) ni tekshirish

C4	ekzemaga chalingan bemorlarda ikkilamchi infeksiya qo‘shilganiga shubha tug‘ilganda, teridagi toshma elementlaridan ajralmalarni antibakterial va zamburug‘larga qarshi dori vositalarga ta’sirchanligini aniqlash uchun mikrobiologik (kultural) tekshiruvdan o‘tkaziladi

C5	gijja tuxumlari va lichinkalarini aniqlash maqsadida najasning mikroskopik tahlili ekzemaga chalingan bolalarda gijja tuxumlarini aniqlash uchun surtma tahlili
	qonda lyambliyaga A, M va G sinfidagi (IgA, IgM, IgG) antitanalarni aniqlash
	askaridaga antitanani aniqlash *{Ascaris lumbricoides)*

	qonda opistorxoz qo‘zg‘atuvchisi *(Opisthorchis felineus)*ga antitanalarni aniqlash
	najasning umumiy tahlili

C5	• Bemorlarga qonda umumiy immunoglobulin E (IgE) miqdorini aniqlash tavsiya etiladi [20]. • Koagulogramma • S – reaktiv oqsil

C5	• Immunobloting allergotest • Molekulyar allergodiagnostika

C5	Qiyosiy tashxislash uchun teri biopsiya (operatsion) materialini gistologik tekshirish tavsiya qilinadi
C5	Qiyosiy tashxislash uchun teri biopsiya (operatsion) materialini immunogistokimyoviy tekshirish tavsiya qilinadi

C5	Tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va uning xavfsizligini nazorat qilish maqsadida — najasda yashirin qon tahlili o‘tkaziladi.

C5	IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida antitanalarni tekshirish Molekulyar-genetik tekshiruv Immunologik tekshiruv

C5	Qalqonsimon bez gormonlarini tekshiruvi Qonda vitamin D miqdorini tekshirish

1. **Asbob-uskunalar yordamida o‘tkaziladigan tekshiruvlar:**
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867052/
   https://raaci.ru/dat/pdf/project_AtD.pdf?ysclid=lyrjosleje647839847
   https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C4	Korneometriya — muguz qavatda namlik miqdorini aniqlash.

C5	Tizimli terapiya va fizioterapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash, hamda tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish maqsadida ichki organlarni UTT tekshiruvidan o‘tkazish tavsiya etiladi.
C5	Teri osti tuzilmalari holatini baholash uchun terining ultratovush tekshiruvi o‘tkaziladi.
C5	Teri holatini tashxislash uchun dermatoskopiya qilinadi.

2. **Qo‘shimcha tekshiruvlar**
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/

C5	Kattalar va bolalarda ekzemaning og‘irlik darajasini tashxislash dasturi.

Mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko‘rsatmalar

https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis

C5	Allergologik tekshiruv o‘tkazish, eliminatsion parhez tayinlash, sezilarli sababchi allergenlarni topish, terapiyani tanlash va korreksiyalash, hamda hamroh allergik kasalliklarni aniqlash maqsadida allergolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

C5	Individual ovqatlanish ratsionini tuzish va korreksiyalash maqsadida diyetolog maslahati tavsiya etiladi.

C5	Yaqqol qichishishda, xulq-atvor buzilishlarida psixonevrolog maslahati tavsiya qilinadi.

C5	Psixoterapevtik davolash, relaksatsiya texnikasini o‘rgatish, stressni bartaraf etish va xulq-atvorni to‘g‘rilash maqsadida tibbiy psixolog/psixoterapevt maslahati tavsiya etiladi.

C5	Hamroh kasalliklarni aniqlash va davolash uchun terapevt/pediatr maslahati tavsiya etiladi.

C5	Hamroh kasalliklarni aniqlash va davolash uchun pediatr maslahati tavsiya etiladi.

Solishtirma tashxislash:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis

Tashxis	**Solishtirma tashxislash uchun asos**
Keratodermiya	Dastlab kaft yoki tovonda chegaralangan qizil dog‘lar paydo bo‘lib, ular mayda tugunsimon toshmalar va muguzli tangachalar bilan qoplanadi. Vaqt o‘tishi bilan bu toshma elementlari bir-biriga qo‘shilib, nomutanosib shakldagi o‘choqlarni hosil qiladi. Kasallikning “quruq” turida terida giperkeratoz va dag‘allashish ortib boraveradi, “nam” turida esa terida chuqur yoriqlar, eroziyalar va ivish kuzatiladi.
Psoriaz	Ko‘proq o‘smirlar yoki katta yoshlilarda namoyon bo‘ladi, kam hollarda bolalarda ham uchrashi mumkin. Ko‘proq tananing yozuvchi qismlari (tirsak, tizza), bel sohasi va boshning sochli qismi terisi zararlanadi. Ba’zi hollarda tirnoqlar ham zararlanishi mumkin. Psoriazga aniq chegaralangan papulalar va pilakchalar xos bo‘lib, ular kumushsimon oq tangachalar bilan qoplangan bo‘ladi.

	Toshmalar simmetrik tarzda joylashishi mumkin, qichishish esa hamma vaqt ham asosiy simptom bo‘lavermaydi. Agar tangachalar olib tashlansa, keyin nuqtasimon qon ketishi mumkin (Auspits simptomi).
Dyuring gerpetsimon dermatiti	Glyutenga sezgirlikning oshishi va seliakiya. Terida giperemiya fonida guruh bo‘lib jamlanishga moyil mayda, tarang pufakchalarning bo‘lishi. Jadal qichishish.
Triptofan almashinuvining irsiy buzilishlari	Irsiy kasallik. Yuz, tana, qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzalarida va dumba terisida giperemiya, shish, pufakchalar, ekssudatsiya, po‘stchalar, papulalar, tirnalishlar va lixenifikatsiya kuzatiladi.

4. Davolash, shu jumladan dori-darmon bilan va dori vositalarisiz terapiya, parhez bilan davolash, og‘riqsizlantirish, davolash usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.

https://nationaleczema.org/
https://www.msdmanuals.com/ru/professional/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/6/1199728492019061704
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dyshidrotic-eczema/
https://nationaleczema.org/eczema/treatment/

4.1 Ambulator va statsionar sharoitda davolash taktikasi:

Dori vositalarisiz davolash:

- 15-chi parhez stol (achchiq taomlar, ziravorlar, spirtli ichimliklar, hayvon yog‘lari cheklanadi). Ovqat tarkibiga o‘simlik yog‘i, shuningdek, vitaminlarga boy mahsulotlar (meva va sabzavotlar)ni kiritish tavsiya etiladi. [25]
- Ekzemaga chalingan bemorlarga kasallikning bosqichlari va klinik shakllariga qarab, sirtga namlantiruvchi va yumshatuvchi (emolentlar) vositalar tavsiya qilinadi [27-37]. Tavsiyalarning asoslanish darajasi B (isbotlarning ishonchlilik darajasi – 2). Izoh: Emolentlarni losonlar, kremlar, malhamlar, yuvuvchi vositalar va vanna yuvuvchi vositalar shaklida qo‘llash mumkin.
- Ekzemaga chalingan bemorlar kasallikning klinik shaklini hisobga olib namlantiruvchi va yumshatuvchi vositalarni ham o‘zini, ham suv muolajalaridan so‘ng doimo tez-tez (kuniga kamida 3-4 mahal) va katta miqdorda qo‘llashlari kerak [38-40]. Namlantiruvchi va yumshatuvchi vositalar doimiy ravishda krem, malham, vanna yog‘i va sovun o‘rnidagi vositalar sifatida ishlatilganda eng yaxshi samara beradi. Tavsiyalarning asoslanish darajasi C (isbotlarning ishonchlilik darajasi – 5). Izoh: Hozirgi vaqtda homiladorlik davrida gipoallergen yoki eliminatsion parhezlarning ekzema rivojlanishining oldini olishda umumiy populyatsiya orasida samarali ekaniga oid ishonchli ma’lumotlar olinmagan [25]. Homilador ayollarga, bolalarga va ekzemasi bor katta yoshdagi insonlarga tashqi muhit omillarini nazorat qilish maqsadida tamaki tutunidan himoyalanish tavsiya etiladi [23]. Tavsiyalarning asoslanish darajasi B (isbotlarning ishonchlilik darajasi – 2). Izoh: Homiladorlik va emizish davrida tamaki chekishga yo‘l qo‘yilmaydi; bola tug‘ilgan ilk kunlardanoq passiv chekuvchilikka yo‘l qo‘ymaslik kerak. Tavsiyalarning asoslanish darajasi C (isbotlarning ishonchlilik darajasi – 4). Sababchi bo‘lgan muhim allergenlarni

eliminatsiya qilish yoki ularni chiqarib tashlash tavsiya etiladi. Maishiy, epidermal va zamburug‘li allergenlarga sezgirlik aniqlangan hollarda ekzema simptomlarning kuchini kamaytirish maqsadida eliminatsion chora-tadbirlar tavsiya etiladi. Oziq-ovqat allergiyasi simptomlari, shu jumladan anafilaksiya rivojlanganda (bunday holatlar oziq-ovqat allergenlari oqsillariga sezuvchanlik aniqlangan bolalar va kattalarda tez-tez uchraydi), qon zardobida allergenga xos IgE antitelalarni aniqlash orqali tashxis qo‘yilganda, sababchi allergenlar istisno qilingan eliminatsion parhezlar tavsiya etiladi [55, 56]. Tavsiyalarning asoslanish darajasi C (isbotlarning ishonchlilik darajasi – 5).

- **Fizioterapevtik muolajalar:**

Ekzemaning o‘rta va og‘ir darajasiga chalingan bemorlarga terini ultrabinafsha nurlantirish (fototerapiya) tavsiya etiladi. Ekzemaga chalinga bemorlarga fototerapiya tayinlashdan oldin qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun o‘z ichiga qon va siydikning umumiy (klinik) tahlillari, qonning umumiy terapevtik biokimyoviy tahlili kabi kompleks laborator tekshiruvlar hamda terapevt yoki pediatr, endokrinolog va ayollar uchun akusher-ginekolog shifokorlari maslahati tavsiya etiladi. Zarur hollarda boshqa mutaxassislar ko‘rigidan o‘tish tavsiya etiladi [59–64].

https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

C4	Ekzemali bemorlarga 311 nm to‘lqin uzunligidagi yassi tor o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyasi (UBT-311 terapiyasi) tavsiya etiladi; 311 nm to‘lqin uzunlikdagi UBT-311 terapiya ekzemaga chalingan bolalarga qo‘llaniladi. Bolalarda fototerapiya qo‘llash bo‘yicha ma’lumotlar cheklangan, shu sababli uni qo‘llaganda ehtiyotkorlikka rioya qilish zarur. Yassi tor o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiya 5 yosh va undan katta bolalarga tayinlanadi. Tor yassi o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyani tayinlashda bolaning psixoemotsional xususiyatlari, umumiy holati, mustaqil ravishda kabinada bo‘lishi va tibbiy xodimlarning ko‘rsatmalarini bajara olishini hisobga olish lozim. Yoki kattalar uchun uzun to‘lqinli ultrabinafsha terapiyasi (UFA-1 terapiya, to‘lqin uzunligi 340–400 nm) qo‘llanishi mumkin 18 yoshgacha bo‘lgan bolalarga diapazoni uzun to‘lqinli ultrabinafsha terapiyani qo‘llash mumkin emas.

Izoh: Bolalarda fototerapiya qo‘llash bo‘yicha ma’lumotlar cheklangan, shu sababli uni qo‘llaganda ehtiyotkorlikka rioya qilish zarur. Yassi tor o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiya 5 yosh va undan katta bolalarga tayinlanadi. Tor yassi o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyani tayinlashda bolaning psixoemotsional xususiyatlari, umumiy holati, mustaqil ravishda kabinada bo‘lishi va tibbiy xodimlarning ko‘rsatmalarini bajara olishini hisobga olish lozim. Bolalarda fototerapiya qo‘llash bo‘yicha ma’lumotlar cheklangan. Uni qo‘llash ivish bosqidan keyin tavsiya qilinadi.

https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

C5	UBN Eksimer nuri Mahalliy qo‘llash vositalari yordamida amalga oshiriladigan ultratovushli terapiya.

	Peloidoterapiya

https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
ttps://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey

C5	Mineral tuzlar, giyohli damlamalar bilan vannali muolajalar

C5	Pastdarajali LLLT fototerapiyasi IK-lazer Qutblangan polixromatik nur

O‘zbekiston Respublikasida bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi xarajatlarni qoplash uchun asos bo‘lmaydi.

Muhim dori-darmonlar ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

1-jadval

Farmakoterapevtik guruh	**DVXN**	**Qo‘llash usuli**	**Isbotlanish darajasi**
Teri kasalliklarini davolash uchun sirtqi qo‘llaniladigan kortikosteroidlar I (o‘ta yuqori faollik).	Klobetazol propionat: 0,05%	2-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi qo‘llaniladi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Betametazon dipropionat: 0,1%; 0,05%	2-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
II (yuqori faollik).	Mometazon furoat: 0,1%	3-4 hafta davomida kuniga 1 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Triamsinolon atsetonid: 0,5%	3-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Metilprednizolon aseponat: 0,1%	3-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Fluotsinonid: 0,05%	3-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi	(A) https://pubme

			d.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
III–IV (o'rtacha faollik).	Triamsinolon asetonid: 0,1%	2-4 hafta davomida kuniga 2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Fluotsinolon asetonid 0,025%	2-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Betametazon valerat: 0,1%	2-4 hafta davomida kuniga 1-2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Gidrokortizon butirat 0,1%	3-4 hafta davomida kuniga o'rtacha 2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
V (o'rtachadan past faollik).	Aklometazon dipropionat 0,05%	3-4 hafta davomida kuniga o'rtacha 2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Fluotsinol asetonid 0,01%	4 haftagacha kuniga o'rtacha 2-3 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Gidrokortizon butirat 0,1%	3-4 hafta davomida kuniga o'rtacha 2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Gidrokortizon probutat 0,1%	3-4 hafta davomida kuniga o'rtacha 2 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
VI (past faollik).	Fluotsinol asetonid 0,01%	4 haftagacha o'rtacha 2-3 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/

	Deksametazon 0,1%	4 haftagacha o‘rtacha 2-3 mahal sirtqi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
Kalsinevrin ingibitorlari (IK)	takrolimus 0,03% i 0,1%	kattalar uchun sirtqi qo‘llashga 0,03% li yoki 0,1% li malham, 2 yoshdan oshgan bolalarga 0,03% li malham 8-12 hafta davomida terining zararlangan joylariga kuniga 2 mahal yupqa qatlam qilib surtiladi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	pimekrolimus 1%	kattalar va 3 oydan oshgan bolalarga 8-12 hafta davomida kuniga 2 mahal terining zararlangan yuzasiga yupqa qatlam qilib surtiladi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
Keratolitik vosita	Mochevina (5,10,15%)	1-3 hafta davomida kuniga 1-2 mahaldan sirtqi qo‘llaniladi	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167133/
Antiseptik vositalar	Metilen ko‘ki 1 %	terining zararlangan sohalariga kuniga 2-3 surtiladi	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Fukorsin 2 %	Sirtqi. Eritmani paxtali tampon yoki cho‘p bilan terining zararlangan joylariga kuniga 2-4 marta surtiladi. Ishlov berilgan joydagi suyuqlik quriganidan so‘ng, u yerga malham va pastalar surtish mumkin	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Kalamin 15%	zararlangan joylarga kuniga 2-3 mahal surtiladi	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Sindol 12,5%	Sirtqi. Qo‘llashdan oldin chayqatilsin. Preparatga namlangan tampon bilan suspenziyani terining zararlangan joylariga kuniga 2-3 mahal surtiladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
Tizimli davolash			

Giposensibilizatsiy alovchi preparatlar	Natriy tiyosulfat	Vena ichiga 5–50 ml 30%li eritma; 10%li eritma 2–3 g dan ichiladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37392479/
Detoksikatsion preparatlar	natriy laktat, sorbit, natriy xlorid, kaliy xlorid, kalsiy xlorid, magniy xlorid 100 ml, 200 ml, 250 ml, 400 ml va 500 ml.	6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga preparatni 10 ml/kg dozada, 6–12 yoshlilarga kattalar oladigan dozaning yarmini berish tavsiya etiladi. 12 yoshdan oshgan bolalarga preparat kattalar bilan bir xil dozada buyuriladi.	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2013/561290
Allergiyaga qarshi vositalar – H1-gistamin retseptorlari blokatorlari.	Loratadin sirop, tabletkalar	Sirop, tabletkalar 10 mg dan, tana vazni 30 kg dan kam bo‘lgan 2 dan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga – 5 mg dan (5 ml) kuniga 1 mahal ichishga, tana vazni 30 kg dan ortiq bo‘lganlarga – 10 mg dan (10 ml) kuniga 1 mahal; 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalarga – 10 mg dan (10 ml) kuniga 1 mahal 14–28 kun davomida, 2 dan 12 yoshgacha – kuniga 1 mahal 5 mg dan (5 ml); 12 yoshdan oshgan bolalar va kattalarga – 10 mg dan (10 ml) kuniga 1 mahal ichishga 14–18 kun davomida beriladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg li, eritma 10 ml li kuniga 1 mahal 7–14 kun davomida ichiladi.	(C) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(03)03574-6/fulltext#:~:text=The%20rationale%20for%20the%20use,adhesion%20molecules%20and%20eosinophil%20number.
	Defengidromin	Ichishga, parenteral va sirtqi qo‘llaniladi. Kattalar va 14 yoshdan katta bolalarga 50 mg dozada bir marta ichishga tayinlanadi. Qo‘llash tartibi va davomiyligi yo‘riqnomaga muvofiq individual belgilanadi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29317281/

		Kattalar va 14 yoshdan katta bolalarga 10–50 mg vena yoki mushak orasiga bir martalik tayinlanadi, sutkalik maksimal dozasi – 200 mg. 7 oylikdan 14 yoshgacha bolalarda yoshiga qarab doza belgilanadi. Sirtqi qo‘llash. Terining zararlangan sohasiga kuniga 3–4 mahal surtiladi.	
	Levotsetirizin	Tabletka 5 mg li, eritma 20 tomchidan kuniga 1 mahal, 7-14 kun davomida ichiladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17561929/
	Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg dan kuniga 3-4 mahal, eritmasi mushak orasiga yoki venaga qilinadi, kattalar uchun bir martalik doza 20-40 mg ni tashkil qiladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12145433/
	Ebastin	Ichishga. Kattalarga 10-20 mg/sut dozada tavsiya qilinadi.	(B) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Bilastin	Ichishga. Kattalarga tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sutka.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Gidroksizin	Ichishga. 12,5-50 mg/sutka Maksimal bir martalik doza 200 mg dan oshmasligi kerak, maksimal sutkalik doza 300 mg dan oshmasligi kerak. Keksa bemorlarda boshlang‘ich dozani 2 baravar kamaytirish kerak. O‘rtacha va og‘ir buyrak yetishmovchiligi, shuningdek, jigar yetishmovchiligi bo‘lgan	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445517/

		bemorlarda dozani kamaytirish talab qilinadi.	
	Setirizin tomchi, tabletkalar	ichish uchun tomchi 10 mg/ml, tabletka 10 mg – 6 dan 12 oylikkacha bo‘lgan bolalar uchun (faqat shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha va qat’iy tibbiy nazorat ostida) – 2,5 mg dan (5 tomchi) ichishga kuniga 1 mahal, 1 dan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga – 2,5 mg dan (5 tomchi) kuniga 1-2 mahal, 2 dan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun – 2,5 mg dan (5 tomchi) ichishga kuniga 2 mahal yoki 5 mg dan (10 tomchi) ichishga kuniga 2 mahal, 6 yoshdan oshgan bolalar va kattalar uchun – 14-28 kun davomida kuniga 1 mahal 5 mg dan ichishga tayinlanadi	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
Antileykotrienlar	Montelukast tabletkalar, poroshok va sirop.	4-10 mg dan ichish tavsiya qilinadi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681340/
	Zafirlukast	Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga boshlang‘ich doza kuniga 2 mahaldan 20 mg ni tashkil qiladi. Agar kerak bo‘lsa dozani asta-sekin oshirish mumkin. Tayanch doza kuniga 2 mahal 20 mg ni tashkil qiladi. Maksimal sutkalik doza 80 mg ni tashkil qilib, kuniga 2 mahal ichiladi. Keksa bemorlarga, shuningdek alkogolli jigar sirrozi borlarga boshlang‘ich doza kuniga 2 mahal 20 mg ni tashkil qiladi, doza bemorning davolanishdagi reaksiyasiga qarab korreksiya qilinadi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681340/

Eslatma: Dori vositalarining dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlovchi preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetika vositalaridan zaruratga qarab dermatologik bemorlarni davolashda foydalanishga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa ulardan foydalanish mumkin.

Agar ma’lum bir guruhdan kerakli dori vositasi shifoxonada foydalanish uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil dori vositasini (ta’sir qilish mexanizmlari turlicha, ammo bir xil terapevtik maqsadlarga ega

bo‘lgan preparatlarni) buyurishi mumkin. Preparatni tanlash klinik holatga, bemorning ahvoliga va mavjud resurslarga asoslanadi.

Muhim dori vositalar ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

2-jadval

Farmakoterapevtik guruh	DV XN	Qo‘llash usuli	Isbotlanish darajasi
Ikkilamchi infeksiya bilan asoratlangan ekzemani davolash uchun dermatologiyada qo‘llaniladigan antibiotiklar va mikroblarga qarshi dori vositalar tavsiya etiladi:	fuzid kislotasi, sirtqi qo‘llash uchun 2% li krem yoki yoki 2%li malham	7-14 kun davomida kuniga 3 mahal infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga surtiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	batsitratsin + neomitsin 250 XB/g + 5000 XB/mg	7-14 kun davomida kuniga 2-3 mahal infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga sirtga surtiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	sirtqi qo‘llash uchun mupirotsin 2% li malhami	infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga 10 kundan ortiq bo‘lmagan muddatga kuniga 2-3 mahaldan surtiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	sirtqi qo‘llash uchun eritromitsin malhami (10000 TB/g)	infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga 7-14 kun davomida kuniga 2-3 mahaldan surtiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	Kumush sulfatiazol 2% li kremi	infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga 7-14 kun davomida kuniga 2-3 mahal surtiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	gidrokortizon + oksitetrasiklin malhami, aerozoli	infeksiyalangan shikastlanish o‘choqlariga 7 kun davomida kuniga 1-3 mahal surtiladi yoki sepiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	tetrasiklin + triamsinolon aerozoli	qo‘llash usuli – ballonni vertikal holatda ushlab, teri yuzasidan 15–20 sm masofada, infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga 7–10 kun davomida kuniga 1–	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/

		3 mahal aerozol oqimi sepiladi	
	betametazon + gentamitsin + klotrimazol kremi	sirtqi qo‘llash uchun malham — kattalarga va 2 yoshdan oshgan bolalarga infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga 7–14 kun davomida kuniga 2 mahal surtiladi	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
Tizimli GKS	Prednizolon	Voyaga yetgan bemorlar uchun kuniga 20-60 mg. Klinik yaxshilanishga (regressiyaga) erishilgandan so‘ng, preparat bosqichma-bosqich to‘xtatiladi. Davolashning umumiy davomiyligi o‘rtacha 2-3 haftadan oshmaydi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Deksametazon	Katta yoshli bemorlar uchun kuniga 4-8 mg. Klinik yaxshilanishga (regressiya) erishilgandan so‘ng, preparat asta-sekin to‘xtatiladi. Davolashning umumiy davomiyligi o‘rtacha 2-3 haftadan oshmaydi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1678223/
	Metilprednizolon	Glyukokortikoidlarning dozalari, ko‘pincha, kattalar uchun prednizolon nuqtai nazaridan kuniga 16-48 mg ni tashkil qiladi. Ijobiy klinik natijaga erishilgandan so‘ng, preparatni bosqichma-bosqich to‘xtatiladi. Glyukokortikosteroidlar bilan davolashning umumiy davomiyligi odatda qisqa (o‘rtacha 2-3 hafta) bo‘ladi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Betametazon	har 4 haftada mushak orasiga 1,0 ml.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/

	Triamsinalon	har 2 haftada mushak orasiga 1,0 ml dozada yuboriladi.	(B) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544309/#:~:text=Triamcinolone%20is%20a%20glucocorticoid%20used,dermatomyositis%2C%20and%20seasonal%20or%20allergic
Immunodepressiv preparatlar	Siklosporin 2,5; 5 mg/kg/sutka 10, 25, 50, 100 mg kapsula, 100/1 ml flakon	Siklosporinning boshlang‘ich dozasi kuniga 2 mahaldan 2,5-3 mg/kg tana vazniga teng. Og‘ir holatlarda, agar zarur bo‘lsa, preparatning dozasini maksimal darajaga ko‘tarish mumkin – kuniga 5 mg/kg tana vazniga. Agar ijobiy natijaga erishilsa, dozani asta-sekin tushirib, keyin to‘liq to‘xtatish kerak.	(A) **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37722926/**
Antimetabolitlar (foli kislotasi analoglari)	Metotreksat	Metotreksat kattalarga haftasiga 10 dan 30 mg gacha bo‘lgan dozada teri ostiga, mushak orasiga yoki ichishga tayinlanadi; bolalarga esa 0,2-07 mg/kg/haftasiga tayinlanadi.	(A) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614486/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27168193/
B guruhi vitaminlari	Foli kislotasi	Metotreksat qabul qilgandan so‘ng 12-48 soat o‘tib foli kislotasini qabul qilish tavsiya etiladi. Optimal – metotreksatning haftalik	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/

		dozasidan so‘ng 24 soat o‘tib qabul qilinadi. Foli kislotaning dozasi haftasiga kamida 5 mg dan kam bo‘lmasligi kerak.	
Interleykinni ingibirlovchi selektiv immunodepressantlar (IL-4, IL-13)	Dupilumab 150, 175 mg, teri ostiga yuborish uchun eritma	Og‘irligi 15 dan < 30 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza – 600 mg (300 mg dan 2 ta in’eksiya), keyin har 4 haftada 300 mg dan; vazni 30 dan < 60 kg gacha bo‘lgan bemorlarga: boshlang‘ich doza – 400 mg (200 mg dan 2 ta in’eksiya), keyin har 2 haftada 200 mg dan; vazni 60 kg va undan ko‘p bo‘lgan bemorlarga boshlang‘ich doza - 600 mg (300 mg dan 2 ta in’eksiya), keyin har 2 haftada 300 mg dan qilinadi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Interleykinni ingibirlovchi selektiv immunodepressantlar (IL-13)	Tralokinumab 150 mg teri ostiga yuborish uchun eritma	Boshlang‘ich doza: doza bir nechta joylarga taqsimlanadi. Kuniga 600 mg dan Keyingi ishlov berish Dozani bir necha joylarga taqsimlash mumkin. Oldingi bosqich bilan ikki haftalik oraliqni saqlash. 16 haftadan keyin hech qanday javob bo‘lmasa, davolanishni to‘xtatish kerak. Har 2 haftada bir marta 300 mg dan Vazn < 100 kg bo‘lsa O‘rtacha va og‘ir darajadagi atopik dermatit, ikkinchi qator preparatlari bilan davolash Quyidagi hollarda keyinchalik ishlov berish mumkin: bemor terisining rangi qochgan yoki deyarli oqarib ketsa. Dozani bir nechta joylarga ehtimoli. Har 4 haftada 300 mg dan bir marta	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

Interleykinni ingibirlovchi selektiv immunodepressantlar (IL-12, IL-23)	Ustekinumab 45 mg/0.5ml, 90mg/1.0ml Shprisda	Tavsiya etilgan doza 45 mg. Ikkinchi in'eksiya birinchisi qo'llanilganidan so'ng 4 hafta o'tib qilinadi, keyin har 12 haftada bajariladi. Og'irligi 100 kg dan ortiq bemorlarga preparatni 90 mg dozada qo'llash tavsiya qilinadi. Agar davolash 28 hafta ichida samarasiz bo'lsa, preparatni qo'llash maqsadga muvofiqligini ko'rib chiqish tavsiya qilinadi.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Interleykinni ingibirlovchi selektiv immunodepressantlar (IL-13)	Lebrikizumab 250mg	Lebrikizumabning tavsiya etilgan dozasi 0 va 2-haftalarda 500 mg (250 mg dan 2 ta in'eksiya), so'ngra 16-haftaga qadar har ikki haftada teri ostiga 250 mg dan yuboriladi. Klinik javobga erishilgandan so'ng, lebrikizumabning tavsiya etilgan tayanch dozasi har to'rt haftada 250 mg ni tashkil qiladi.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Selektiv immunodepressant.	Omalizumab	Faqat teri ostiga (mushak orasiga va tomirga yuborish taqiqlanadi) deltasimon mushak yoki sonning anterolateral qismiga har 2-4 haftada bir marta 150-375 mg dozada yuboriladi. Doza davolash boshlanishidan oldin o'lchangan IgE ning dastlabki konsentratsiyasiga (ME/ml) va bemorning tana vazniga (kg), shuningdek bemorning davolashdan keyingi tana vazniga (kg) bog'liq. Tana vaznida sezilarli o'zgarishlar bo'lsa, dozani korreksiyalash kerak.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

Yanus-kinaza ingibitorlari	Baritsitinib	Ichishga. Tavsiya etilgan doza- kuniga bir mahal 4 mg dan.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
	Upadatsitinib	Kunlik doza bir mahal 15-45 mg ni tashkil qiladi.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
	Abrotsitinib	Kattalar va o‘smirlar (12 yosh va undan katta) uchun tavsiya etilgan doza shifokorning davolash maqsadlari va bemorning klinik holatini baholashga asoslanib, kuniga bir mahal 100 mg yoki 200 mg ni tashkil qiladi.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Vitaminlar	Alfa-tokoferol atsetat	Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg ichishga (qo‘llash muddati – 20-40 kun)	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4976416/
	Retinol asetat	Kattalar uchun maksimal sutkalik doza 100 000 XB dan oshmasligi kerak. 33 000–100 000 XB/sutka	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5996635/
	Vitamin A+Ye	Ovqatdan keyin quyidagicha ichiladi: kuniga Ye vitamini 100 mg + A vitamini 100 000 XB miqdorida (ichish davomiyligi – 20-40 kun).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38019566/
	Xolekalsiferol (Vitamin D)	D vitamini nuqsonini korreksiyasi (miqdori 25(ON)D<20 ng/ml) - 8 hafta davomida haftasiga 50 000 XBdan ichish - 2 oy davomida oyiga 200	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/

		000 XBdan ichish - 3 oy davomida oyiga 150 000 XBdan ichish - 8 hafta davomida kuniga 6 000 - 8 000 XBdan ichish; D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi (miqdori 25(ON)D≥20 va <30 ng/ml) - 4 hafta davomida haftasiga 50 000 XBda ichish - 200 000 XBda bir marta ichish - 150 000 XBda bir marta ichish - 4 hafta davomida kuniga 6 000 - 8 000 XBda ichish D vitamini miqdorini ≥30 ng/ml da ushlab turish - kuniga 1000 - 2000 XBda ichish - haftada 6000 - 14000 XBda bir marta ichish	
	Askorbin kislotasi	kuniga 250-1000 mg dan mushak orasiga, venaga yuborish	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6040229/#:~:text=However%2C%20vitamin%20C%20deficiency%20can,to%20the%20pathogenesis%20of%20PCT.
Vitaminlar	Sianokobalamin	mushak orasiga yoki venaga 1-2 hafta davomida kuniga 1 mg dan, tayanch dozasi 1-2 mg dan mushak orasiga yoki venaga – haftada 1 martadan oyiga 1 martagacha.	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/

	Tiamin	mushak orasiga (chuqur) Preparatni kichik dozalardan (5%li 0,5 ml dan ko‘p bo‘lmagan eritma) boshlab qo‘llash tavsiya etiladi. Kattalarga 25-50 mg dan kuniga bir mahal (5%li 0,5-1 ml eritma); bolalarga esa 12,5 mg dan kuniga bir mahal (5%li 0,25 ml eritma) tayinlanadi. Davolash kursi – 10-30 ta in’eksiya.	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
	Riboflavin	Peroral: kattalarga – kuniga 5-10 mg dan; bolalarga - kuniga 2-5 mg dan bir mahal. Davolash davomiyligi – 1-1,5 oy. mushak orasiga: 1%li 1 ml eritma (0,1 g) kuniga bir mahal 10-15 kun (bolalarga – 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 mahal; Davolash kursi - 15-20 ta in’eksiya.	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
Proboiotiklar	L. acidophilus, L. rhamnosus, L. casei, L. plantarum; Bifidobacterium longum Bifidobacterium breve; Saccharomyces boulardii.	Bemorning yoshi va ichak faoliyatidagi o‘zgarishlarni hisobga olgan holda suyuq eritma bilan kapsula yoki granulalarni tayinlash mumkin.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35628229/
	rekombinant IFN alfa-2b rektal shamchalari	Kattalarga: kuniga 2 mahal 500 000 XBdan 10 kun Bolalarga: 3 000 000 XBdan kuniga 2 mahal 10 kun kunlar Homilador ayollarga: 1 000 000 XBdan kuniga 2 mahal 10 kun	B https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2013/2/downloads/ru/031997-28492013216

Immunomodulyatorlar	Inozin pranobeks	ichishga, 10 kun davomida 500 mg dan kuniga 3-4 mahal ovqatdan so‘ng,	C https://mediqlab.com/drugs/3fe64714-1f39-4851-9ce1-de65fae52c85
	Meglyumin akridonatsetat	24 soatlik interval bilan 3 ta in’eksiya va keyin 48 soatlik interval bilan yana 3 ta in’eksiya	B https://medi.ru/info/4153/
	Tiloron digidroxlorid	Birinchi ikki kun davomida kuniga bir mahal 1–2 tabletkadan (250 mg), keyin 2–4 hafta davomida har kuni 1 tabletkadan (125 mg) ichiladi. Yoki remissiya davrida, ovqatdan so‘ng, har haftaning birinchi ikki kunida 0,125 g dan (1 tabletka), 5 hafta davomida ichiladi. Kurs dozasi — 1,25 g.	C https://medi.ru/instrukciya/tiloron-sz_14938/
	Timopentin	• in’eksiya uchun steril suv bilan suyultirilgan mushak orasiga in’eksiya 1 ml; • 250 ml 0,9%li natriy xloridda eritilgan in’eksion eritma venaga tomchilab yuboriladi. Preparat tavsiyalarga muvofiq qo‘llaniladi. Immuntanqisligi holatlari profilaktikasi va davolashda 1-2 flakondan kuniga 2 mahal qo‘llaniladi. Davolash kursi 15-30 kun; Surunkali V gepatitda haftasiga 3 marta 1-2 flakondan qo‘llaniladi. Davolash kursi 24 hafta.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6085327/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863860/
Diuretik vositalar	Mannitol (15% li eritma)	Furosemid bilan (5-10 ml).	A https://mediqlab.com/drugs/26cecf6

			3-a454-42ab-b00e-5c4b41998787
	Furosemid	20-80 mg/sutka. Kerakli doza diuretik javobga qarab tanlanadi.	A https://mediqlab.com/drugs/12f478d5-a3ec-4d27-acf7-20469d3031fb
	Spironolakton	Ular suv-elektrolitlar almashinuvi va gormonal holatning buzilishining og‘irligiga qarab individual ravishda o‘rnatiladi. Shish sindromi bilan – kuniga 100–200 mg (kam holatda – kuniga 300 mg) 2–3 mahal (odatda "pastadir" yoki/va tiazid diuretik bilan birgalikda) har kuni 14–21 kun davomida. Dozani sozlash plazmadagi kaliy kontsentratsiyasining qiymatlarini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Agar kerak bo‘lsa, kurslar har 10–14 kunda takrorlanadi. Kuchli hiperaldosteronizm va plazmadagi kaliy miqdori kamaygan holda – kuniga 300 mg 2–3 dozada.	C https://www.vidal.ru/drugs/spironolactone
Gepatoprotektor ta’sir qiluvchi dori vositalar *	Essensial fosfolipidlar	1-2 ta ampula (5-10 ml), eritmani bemorning qoni bilan 1:1 nisbatda suyultirib venaga sekin yuboriladi. Agar preparatni suyultirish kerak bo‘lsa, infuziya uchun faqat 5% yoki 10%li dekstroz eritmasi ishlatiladi. Ichishga. 12 yoshdan katta va vazni 43 kg dan ortiq bo‘lgan o‘smirlarga, shuningdek, kattalarga kuniga 3 mahal 2 ta kapsuladan ovqat vaqtida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/

		ichish tavsiya etiladi.	
	Oksimatrin	600 mg dan m/o kuniga bir mahal venaga 600 mg ni 100–250 ml 5% glyukoza eritmasi yoki 0,9% natriy xlorid eritmasiga eritib yuborish lozim. Kuniga bir mahal, daqiqasiga 60 tomchi tezlikda venaga tomchilatib yuboriladi. 2 ta kapsuladan (0,2 g oksimatrin) kuniga 3 mahal ichishga. Agar kerak bo‘lsa, sutkalik dozani kuniga 3 mahal 3 ta kapsulaga oshirish mumkin (0,3 g oksimatringa ekvivalent).	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/
	Ursodezoksixoli kislotasi	Ichishga. Og‘irligi 34 kg dan kam bo‘lgan bolalar va kattalarga ursodezoksixoli kislotasini suspenziya shaklida qo‘llash tavsiya etiladi. Ursodezoksixoli kislotasining tavsiya etilgan dozasi kuniga 10 mg/kg ni tashkil qiladi	(C) https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084
	Antral	kuniga 3 mahal ovqatdan keyin ichishga kattalar va 10 yoshdan oshgan bolalar – 200 mg dan ichadi 4-10 yoshli bolalar – 100 mg dan ichadi	(C) https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1

Eslatma: Dori vositalarining dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlovchi preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetika vositalaridan zaruratga qarab dermatologik bemorlarni davolashda foydalanishga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa ulardan foydalanish mumkin.
Agar ma’lum bir guruhdan kerakli dori vositasi shifoxonada foydalanish uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil dori vositasini (ta’sir qilish mexanizmlari turlicha, ammo bir xil terapevtik maqsadlarga ega bo‘lgan preparatlarni) buyurishi mumkin. Preparatni tanlash klinik holatga, bemorning ahvoliga va mavjud resurslarga asoslanadi.

Bolalarni sirtqi davolashda krem shaklidagi dori vositalari va monokomponent sirtqi vositalari - dermatitni davolash uchun mo‘ljallangan dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoid preparatlardan foydalanish afzal hisoblanadi. Ko‘p komponentli sirtqi dori vositalari — antibiotiklar bilan kombinatsiyadagi glyukokortikoidlar yoki boshqa dori vositalari bilan qo‘shilgan glyukokortikoidlarni qo‘llash faqat bakterial va/yoki zamburug‘li infeksiya klinik va/yoki laboratoriya yo‘li bilan tasdiqlangan holdagina tavsiya etiladi. Asoslanmagan holda ko‘p komponentli sirtqi preparatlardan foydalanish bolalarda dori vositasi tarkibidagi ayrim moddalarga nisbatan qo‘shimcha sensibilizatsiya rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Farmakoterapevtik guruh	DV XN	Qo‘llash usuli	Isbotlanish darajasi
Terisida nuqsonlar (yoriqlar, tirnalishlar) bo‘lgan bemorlarga, ayniqsa bolalarda, aynan shu joylarda ikkinchi darajali infeksiyaning oldini olish maqsadida antiseptik va dezinfeksiyalovchi vositalar yoki boshqa davolovchi vositalar tavsiya etiladi.	borat kislotasi + rezorsin + fenol + fuksin eritmasi tapmon yordamida surtiladi	Sirtqi surtish uchun — shisha tayoqcha yordamida shikastlangan teriga kuniga 2–4 mahal surtiladi. Suyuqlik quriganidan so‘ng, ishlov berilgan joyga malhamlar va pastalar surtish mumkin.	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	metiltionin xloridning 1%li eritmasi	Mahalliy va sirtqi qo‘llash uchun (suvli eritma) — kattalar va bolalar tug‘ilgan zahoti eritma tampon bilan yoki shishadan tayyorlangan tayaqcha yordamida shikastlangan teri sohalariga kuniga 2–3 mahal surtiladi.	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis
Qaytalanuvchi yoki keng tarqalgan bakterial infeksiyani davolash uchun tizimli ta’sirga ega antibakterial preparatlar tavsiya etiladi:	amoksitsillin + klavulan kislotasi	Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga (tana vazni 40 kg va undan ortiq) plyonka qoplamali tabletkalar: 250 mg + 125 mg dozada kuniga 3 mahal 1 tabletkadan yoki 875 mg + 125 mg dozada kuniga 2 mahal 1 tabletkadan 5–14 kun davomida ichiriladi. Yoki og‘izda eruvchi tabletkalar: kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga (tanasi vazni 40 kg va undan ortiq) — 500/125 mg dozada kuniga 3 mahal, 5–14 kun davomida ichiriladi. 2 dan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga yoki tana vazni 40	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557929/

		kg dan kam bo‘lganlarga— 125/31,25 mg yoki 250/62,5 mg dozada, sutkasiga 2400/600 mg dan oshmaydigan dozada kuniga 3 mahal, 5–14 kun davomida ichiriladi.	
	sefuroksim – po 250 mg	kattalar va 3 yoshdan oshgan bolalarga 5-10 kun davomida kuniga 2 mahal ichishga	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109729/
	seftriakson – 1-2 g dan	Sutkada bir marta, mushak orasiga yoki venaga yuborish yo‘li bilan: 12 yoshdan katta bolalarga — 2 mahal, ya’ni har 12 soatda bir marta yuborish tavsiya etiladi. Yangi tug‘ilgan (2 haftalikkacha bo‘lgan) chaqaloqlarga — 20–50 mg/kg/sutka, 3 haftalikdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga — 20–80 mg/kg/sutka, 2 mahal yuboriladi.	(C) https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vybora-antibakterialnyh-preparatov
Ekzemali bemorlarda gerpetik ekzema (Kaloshi ekzemasi) rivojlanganda bevosita ta’sir qiluvchi virusga qarshi dori vositalari tayinlanadi.	Asiklovir tabletkalar 200 mg	Kattalar va 3 yoshdan oshgan bolalarga 5 mahaldan ichish tavsiya etiladi. Davolash kursi 5 kun, lekin og‘ir infeksiyalarda muddati uzaytirilishi mumkin.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433376/
	Valasiklovir	Bolalar uchun kuniga 20 mg/kg va kattalar uchun kuniga 500 mg dan 3 mahal yengil holatlarni 7–21 kun ichida yoki barcha jarohatlar qobiq bilan qoplanmaguncha davolash mumkin.	(C) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560781/
Ekzemaga chalingan bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i va ichak shilliq qavatlarida mikotik infeksiyalar rivojlangan hollarda tizimli ta’sirga ega bo‘lgan antimikotik dori vositalar tavsiya etiladi.	Bemorning yoshini hisobga olgan holda flukonazol 50 mg/100 mg kuniga 1 mahaldan	Bolalarga ovqatdan so‘ng og‘iz orqali kuniga 1 mahal 50 mg dan 4–7 kun davomida; kattalarga esa ovqatdan so‘ng kuniga 1 mahal 100 mg dan 7–14 kun davomida beriladi	(C) https://journaldoctor.ru/catalog/dermatologiya/puti-usovershenstvovaniya-terapii

Ekzemali bemorlarda endogen intoksikatsiya rivojlangan hollarda enterosorbentlar va immunosorbentlar qo‘llash tavsiya etiladi.	gidrolizli lignin + laktuloza tabletkalari	Kuniga 3 mahal ichiladi: 3 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarga – 1 ta tabletkadan kuniga 3 mahal; 2 dan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga – ½ tabletkadan kuniga 3 mahal. Qabul qilish kursi – 2 hafta.	(C) https://umedp.ru/articles/enterosorbenty_v_kompleksnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey.html
	faollashtirilgan glaukonit 300 mg ichishga	Kattalarga — kuniga 3 mahal ovqat vaqtida 1 kapsuladan (sutkalik doza — 1,8 g). Kapsulani xona haroratidagi suv bilan ichish tavsiya etiladi. Qabul qilish davomiyligi — 30 kun. 8 dan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga — kuniga 1 mahal 1 ta kapsuladan, 13 dan 18 yoshgacha bo‘lganlarga — kuniga 2 mahal 1 ta kapsuladan, ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki 1 soat o‘tgandan so‘ng ichish tayinlanadi. O‘tkir kasalliklarda davolash kursi — 5 kun, allergik va surunkali kasalliklarda — 10 kunni tashkil qiladi. Takroriy kurs shifokor tavsiyasiga ko‘ra 2 haftadan so‘ng o‘tkaziladi.	(C) www.museonaturalistico.it/index.php/journal/article

Eslatma: Dori vositalarining dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlovchi preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetika vositalaridan zaruratga qarab dermatologik bemorlarni davolashda foydalanishga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa ulardan foydalanish mumkin.
Agar ma’lum bir guruhdan kerakli dori vositasi shifoxonada foydalanish uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil dori vositasini (ta’sir qilish mexanizmlari turlicha, ammo bir xil terapevtik maqsadlarga ega bo‘lgan preparatlarni) buyurishi mumkin. Preparatni tanlash klinik holatga, bemorning ahvoliga va mavjud resurslarga asoslanadi.

Tizimli ta’sir etuvchi antibakterial preparatlarni tayinlashdan oldin, qo‘zg‘atuvchini aniqlashda yiringli ajralmadan aerob va fakultativ-anaerob mikroorganizmlarni hamda antibakterial va zamburug‘larga qarshi preparatlarga ta’sirchanlikni aniqlash uchun teridagi toshmali elementlardan ajramalarni mikrobiologik (kultural) tekshiruvini o‘tkazish zarur. Mikrobiologik tekshiruv natijalari olingunga qadar, ko‘p hollarda eng ko‘p uchraydigan qo‘zg‘atuvchilar, birinchi

navbatda S. aureusga nisbatan faol bo‘lgan keng ta’sir doiraga ega antibiotiklar bilan davolanish boshlanadi. Yuqori samara bilan penitsillinli kombinatsiyalar, shu jumladan beta-laktamaza ingibitorlari, birinchi yoki ikkinchi avlod sefalosporinlari, makrolidlar, kattalarda esa ftorxinolonlar bilan kombinatsiyalari qo‘llaniladi.

Statsionar sharoitda tibbiy yordam berish uchun ko‘rsatmalar:

- terida cheklangan toshmalar bo‘lgan bemorlarda ambulator sharoitda o‘tkazilayotgan davolashning yetarlicha samara bermaganligi;
- terisida cheklangan zararlanishi bo‘lgan bemorlarda kasallikning yangi toshmalar paydo bo‘lishi bilan avj olishi;
- terida keng tarqalgan zararlanish bo‘lishi.

Bemorni tibbiyot muassasasidan chiqarish uchun ko‘rsatma:
- toshmalarning qisman yoki to‘liq yo‘qolishi.

"EKZEMA" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY MUOLAJALARNING MILLIY KLINIK BAYONNOMASI

Toshkent-2025 y.

Kirish

Ekzema endogen omillar (genetik moyillik, turli xil allergenlarga sensibilizatsiyaning borligi) va ekzogen omillarning (maishiy, kasbiy, ekologik va b.) kompleks ta’siri natijasida rivojlanadi [134].

Genetik moyillik immun boshqaruv, asab va endokrin tizimi funksiyalarining buzilishini belgilab beradi. Ekzemada genlaring yaqqol ekspressivligi va penetrantligi bilan poligen ko‘p omilli irsiylik kuzatiladi. Agar ota-onaning biri (ko‘proq onasi) ekzemaga chalingan bo‘lsa, bolaning ekzema bilan kasallanish ehtimoli taxminan 40% ni tashkil qiladi, agar ikkala ota-onada ham ekzema kuzatilsa — bu ehtimollik 50-60% gacha yetadi. Stress holatlari, periferik nervlarning zararlanishi va teri oziqlanishining buzilishi ekzema rivojlanishida genetik moyil insonlarda muhim qo‘zg‘atuvchi omillardan hisoblanadi. Ekzema bo‘lgan bemorlarda ko‘pincha MNS faoliyatida funksional o‘zgarishlar kuzatiladi: shartsiz reflekslar faolligi shartli reflekslar faolligidan ustun keladi, vegetativ nerv tizimining simpatik va parasimpatik bo‘limlari faoliyati o‘rtasida muvozanat buziladi (parasimpatik ta’sirlar ustunligi bilan). Ekzemada endokrin tizimining glyukokortikoid va tireoid bo‘g‘inlar holatida yaqqol buzilishlar aniqlanadi: AK II, kortizol III, triyodtironin miqdori ortadi. Ekzema patogenezida erkin radikal jarayonlar (“oksidantli stress”) ma’lum darajada rol o‘ynaydi. Erkin radikallar fosfolipaza A2 fermentini faollashtirib, araxidon kislotasining ajralishiga olib keladi. Keyin u siklooksigenaza va lipooksigenaza ta’sirida yallig‘lanish mediatorlari: leykotriyenlar, prostaglandinlar va tromboksanlar hosil bo‘lishiga sabab bo‘ladi. Nasli moyil bo‘lgan shaxslarda prostaglandin (Pf) F2α sintezi oshishi kuzatiladi, bu esa siklik guanozinmonofosfat (sGMF) sintezining rag‘bati kuchayishiga olib keladi, sGMF esa gistamin, serotonin va boshqa allergik reaksiyalar mediatorlarining ishlab chiqarilishini faollashtiradi. Terining ekzematoz o‘zgarishi sekin rivojlanuvchi gipersezuvchanlikning natijasi hisoblanadi. Hozirgi zamonaviy tasavvurlarga ko‘ra, ekzema rivojlanishida asosiy rolni T-limfotsitlar (asosan Th-1) o‘ynaydi. Ular o‘z yuzasida antigenga xos maxsus retseptorlarni olib yuradi va bir qator yallig‘lanish oldi sitokinlarni ajratadi: interleykin-1 (IL-1), IL-2, α-o‘sma nekrozi omili (α-O‘NO), γ-interferon. Biologik faol moddalar (prostaglandinlar, leykotriyenlar, gistamin)ning chiqarilishi to‘qima yallig‘lanish reaksiyalariga olib kelib, klinikada giperemiya, shish va qichishish ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Ekzemaning rivojlanishi va keyingi kechishi, ayniqsa bolalarda me’da-ichak tizimi va jigar-o‘t yo‘llari sohasidagi kasalliklarda muhim patogenetik ahamiyatga ega bo‘lib, fermentopatiya, diskineziyalar, ichak disbiozi, membranali hazm qilish va so‘rilish jarayonlarining buzilishi bilan kuzatiladi. Ichak baryerining yetarlicha ishlamasligi ayniqsa kichik yoshdagi bolalar uchun xos holat bo‘lib, qonga yetarlicha hazm bo‘lmagan moddalar, jumladan parchalanmagan oqsillarning so‘rilishiga olib keladi [134].

Ta’rif

Ekzema (yunon. Ekzeo — qaynayman) — ekzogen va endogen trigger omillar ta’sirida shakllanadigan, polimorf toshmalar va yallig‘lanish reaksiyasi bilan namoyon bo‘ladigan surunkali qaytalanuvchi terining allergik kasalligidir.

Ekzema endogen omillar (genetik moyillik, turli allergenlarga nisbatan sensibilizatsiya) va ekzogen omillar (maishiy, kasbiy, ekologik va b.)ning kompleks ta’siri natijasida rivojlanadi [134].

Kasallik alomatlari suvlanish bilan kechayotgan bemorlarga primochka (namlash) tavsiya etiladi.

Dermatologik amaliyotda primochkalar uchun, yallig‘lanishga qarshi, antiseptik va qurituvchi eritmalar qo‘llaniladi. Muayyan vositani tanlash terining shikastlanishining xolatiga bog‘liq — o‘tkir yallig‘lanish, suvlanish, infeksiya bilan asoratlangan, qichishish va hokazo.

- Antiseptik vositalar:

Furatsilin (0,02%)
- antimikrobiyal ta’sirga ega, ayniqsa namlangan, infeksiyalangan joylarda.

- Xlorgeksidin (0,05-0,1%)

- ikkilamchi infeksiya yoki uning rivojlanish xavfi kuzatilganda ishlatiladi.

- Burishtiruvchi va qurituvchi eritmalar:

Tanin eritmasi (1-2%)
- aniq burishtiruvchi va qurituvchi ta’sir, ayniqsa nam, suvlanish bilan kechadigan dermatozlarda qo‘llaniladi.

Kumush nitrat eritmasi (0,25%)
- yallig‘lanishga qarshi, antiseptik vosita bo‘lib, shifokor nazorati ostida ishlatiladi.

Qo‘rg‘oshin suvi (0,25-0,5%)
- an’anaviy ravishda ekssudatsiya bilan o‘tkir yallig‘lanish uchun ishlatiladi (hozirda u toksiklikligi tufayli kam uchraydi).

- Yallig‘lanishga qarshi va tinchlantiruvchi eritmalar:

Borot kislotasi (2-3%)
- yumshoq yallig‘lanishga qarshi va antiseptik vosita bo‘lib, nozik teriga mos keladi.

Moychechak, sholg‘om, eman po‘stlog‘ining qaynatmasi (o‘simlik preparatlari)
- yallig‘lanish va qichishishni yengillashtiradi, infeksiyalanmagan holatlarda va bolalarda qo‘llanilishi mumkin.

- Tuz va kislotali eritmalar (shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha):

Sirka kislotasining kuchsiz eritmasi (1 :20-1:40)
- Terining zambrug‘li infeksiyalari uchun ishlatiladi (masalan, kandidoz kasalligida), fungistatik ta’sirga ega.

Tuzli eritma (0,9% NaCl)
- yuvish uchun va boshqa moddalarni tashuvchisi sifatida universal asosiy yechimdir.

Jarayonni bajarish ketma-ketligi:

- Qo‘lingizni yaxshilab yuving va qo‘lqop kiying;

- Steril bintli salfetkani (6-8 qatlamga o‘ralgan) dorivor eritmada namlang, ozgina siqib oling (eritma harorati: xona harorati yoki ozgina sovigan (18–22°C), agar boshqacha ko‘rsatilmagan bo‘lsa);

- Terining shikastlangan joyiga bintli salfetkani asta qo‘ying.

- 15-20 daqiqaga qoldiring, shu bilan birga:

- bintli salfetka nam bo‘lib turganiga ishonch hosil qiling (agar kerak bo‘lsa, uni yana namlang), - o‘choqning qurishi va qizib ketishiga yo‘l qo‘ymang.

- Vaqt oxirida bintli salfetkani olib tashlang, terini artmang — uni tabiiy ravishda quriting.

- Agar kerak bo‘lsa, buyurilgan dori-darmonlarni qo‘llang (malham, krem va boshqalar).

C4	Ekzemaning yengil kechishida dermatologiyada qo‘llaniladigan kam va o‘rtacha faollikka ega glyukokortikoidlardan foydalanish afzal hisoblanadi, o‘rta og‘ir va og‘ir kechishi holatlarida esa dermatologiyada qo‘llaniladigan faol va yuqori faol glyukokortikoidlarni minimal samarali dozalarda qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Ekzema xurujini tezda bartaraf etish uchun sirtqi davolash vositalari va emolentlardan namli bog‘lamlar qo‘llagan holda foydalanish mumkin. Avval zararlangan teri sohalariga sirtqi vositalar (dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar va/yoki emolentlar) surtiladi, so‘ngra ular ustidan namli paxta matosidan yoki dokadan tayyorlangan salfetka qo‘yiladi, uning ustiga esa quruq sirtqi bog‘lam o‘raladi. Dermatologiyada sirtqi terapiyada qo‘llaniladigan o‘rtacha va yuqori ta’sir kuchiga ega glyukokortikoidlardan namli bog‘lamlar bilan birga foydalanilganda buyrak usti bezlari faoliyatining susayish xavfi tufayli ehtiyotkorlikka rioya qilish lozim.

B 3	Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, aylanuvchi immun komplekslari (AIK) va yallig‘lanish oldi sitokinlarini eliminatsiya qilish, metabolizm va a’zolarning buzilgan funksiyasini me’yoriga keltirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etilgan.

C 5	PILN (past intensivlikdagi lazer nurlanishi) Ozonoterapiya

C 5	Ekzemali bemorlarda ikkinchilamchi infeksiyalarning oldini olish va/yoki u rivojlangan hollarda eroziyalarga antiseptik va dezinfeksiyalovchi vositalar bilan qayta ishlov berish **tavsiya etiladi.** **Izoh:** Antiseptiklar va dezinfeksiyalovchi vositalar sifatida quyidagilar ishlatiladi: Borat kislotasi+Rezorsin+Fenol+Fuksin kuniga 2-3 mahal sirtga qo‘llaniladi (ayollarda homiladorlik va ko‘krak suti bilan emizayotganda qo‘llanilmaydi), sirtqi qo‘llash uchun brilliant yashilining 1-2% li spirtdagi eritmasi bevosita zararlangan yuzaga atrofdagi sog‘lom to‘qimalar bilan birga 5-14 kun davomida surtiladi, xlorgeksidin 0,05%li suvdagi eritmasi kuniga 2-3 mahal, ‘kaliy permanganat** mahalliy va sirtqi qo‘llash uchun kukunni suvda 0,01-01% li qilib eritiladi va 4-7 kun davomida kuniga 2 mahal vanna qilinadi, metiltionin xlorid (metilen ko‘ki) 1%li suvdagi eritmasi kuniga 2-3 mahal surtiladi, metiltionin xloridni (metilen ko‘ki) homiladorlik va ko‘krak suti bilan boqilayotganda qo‘llash mumkin. Ekssudatsiya yoki ivish bilan namoyon bo‘ladigan ekzemali bemorlarga sirtqi terapiya uchun ekssudatsiya va ivishni kamaytirish maqsadida rux preparatlari tavsiya etiladi: rux oksidi 12,5%li suspenziyasi — sirtqi qo‘llash uchun, teridagi shikastlangan o‘choqlarga kuniga 1-2 mahaldan, 4-7 kun davomida surtiladi.

Jarrohlik muolajalari: talab etilmaydi

"EKZEMA" NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYANING MILLIY KLINIK BAYONNOMASI

Toshkent 2025 y.

Kirish

JSSTning rasmiy statistikasiga ko‘ra, ekzema terining eng ko‘p uchraydigan kasalliklaridan biri bo‘lib, dermatologlarga murojaat qiladigan bemorlarning taxminan 30–40% da aniqlanadi.

Ekzema – bu surunkali yallig‘lanishli teri patologiyasi bo‘lib, unda teri qizarishi, kuchli qichishish va xos toshmalar kuzatiladi. U odamdan odamga yuqmaydi, balki genetik moyil kasallik hisoblanadi

Ekzema – keng tarqalgan polietiologik kasallik hisoblanib, kuchli qichishish bilan kechadigan teri yuzasining yallig‘lanishi unga xos bo‘ladi.

“Ekzema” atamasi avvallari tibbiyotda terida o‘tkir yallig‘lanishli jarayonni bildirish uchun qo‘llanilgan bo‘lib, faqatgina XIX asrning birinchi yarmida u alohida nozologik birlik sifatida belgilangan.

Ingliz tilidagi ilmiy adabiyotlarda bu atama ostida o‘tkir yoki surunkali kechuvchi yallig‘lanishli teri kasalliklari ko‘zda tutilgan bo‘lib, quyidagi bir yoki undan ortiq simptomlar paydo bo‘lishi: eritema, teri shishi, qichishishi, teri qurishi, kepaklanishi, teri dag‘allashishi va tangchalar, pufakchalar hosil bo‘lishi, ivib qolishi bilan tavsiflanadi. “Ekzematizatsiya” bir qator dermatozlar: atopik, allergik, seboreyali dermatit va boshqalarda kuzatilishi mumkin. Bu guruhga XKT-10 dagi L20–L30 kodli kasalliklar kiradi.

Jahon statistikasi shuni ko‘rsatadiki, ekzemaning tarqalishi sayyoramizdagi katta yoshdagi aholining 1-2% ni tashkil qiladi, boshqa teri kasalliklaridagi uning salmog‘i esa 30-40% ga tengdir.

Ta’rif

Ekzema (yunon. Ekzeo - qaynayman) – surunkali qaytalanuvchi allergik teri kasalligi bo‘lib, ekzogen va endogen trigger omillar ta’sirida shakllanadi va polimorf toshmalar, yallig‘lanish reaksiyalari paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi.

Ekzema endogen (nasliy moyillik, turli xil allergenlarga sensibilizatsiyaning borligi) va ekzogen (maishiy, kasbiy, ekologik va b.) omillarning kompleks ta’siri natijasida rivojlanadi.

Profilaktika va dispanser kuzatuvi, profilaktika usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar

Ekzemaning qaytalanishini oldini olishga qaratilgan ikkillamchi profilaktika usullari qo‘llaniladi. Ekzema remissiya holatida bo‘lgan bemorlarga kasallikning qaytalanishini oldini olish maqsadida quyidagilar tavsiya etiladi [68]:

ehtimoliy allergenlar bilan kontaktni istisno qilish; stress holatlarini va suvli muolajalarni cheklash; parhezga rioya qilish;

emolentlar, korneoprotektorlar va neytral yuvish vositalaridan foydalanish;

kiyimlar tanani qizitib yubormasligi, ular junli yoki sintetik moddalarni o‘z ichiga olmasligi kerak; xonadagi havo namlantirilgan bo‘lishi lozim [68].

Tavsiyalarning asoslanish darajasi C (isbotlarning ishonchlilik darajasi – 5)

Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkillashtirish

Ekzemaga chalingan bemorlarga tibbiy yordam dermatovenerolog shifokorlar tomonidan ko‘rsatiladi. Birlamchi tibbiy-sanitar yordam doirasida uchastka terapevtlari, uchastka pediatrlari va umumiy amaliyot (oilaviy) shifokorlari bemorlarda terida toshma, ekzema alomatlari yoki belgilari aniqlanganda bemorni birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatish uchun dermatovenerologik yo‘nalishdagi tibbiyot muassasasiga yuborishadi. Agar bunday yuborish uchun tibbiy ko‘rsatmalar bo‘lmasa, ular dermatovenerologik tibbiyot muassasasi tavsiyalariga muvofiq mustaqil ravishda tibbiy yordam ko‘rsatadilar.

Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitar yordamni ko‘rsatish imkoni bo‘lmagan hollarda va tibbiy ko‘rsatmalari mavjud bo‘lsa, bemor ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot muassasasiga yuboriladi.

Ekzemaga chalingan bemorlarga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni dermatovenerolog shifokorlar statsionar sharoitda ko‘rsatadilar.

Fizioterapevtik usullardan foydalanish zarurati tug‘ilganda, ekzemaga chalingan bemorlar dermatovenerolog shifokor tomonidan maslahat-tashxis va statsionar bo‘limlaridan, jumladan kunduzgi yoki doimiy statsionarlardan fizioterapevt shifokorning maslahatiga yo‘naltiriladi.

Farmakoterapevtik guruh	DV XN	Qo‘llash usuli	Dalillar darajasi
Epidermisning lipid tarkibini tiklovchi vositalarni qo‘llash tavsiya etiladi	Emolentlar, kremniy-lanolinli krem.	Kattalar va bolalarga 2-6 oy davomida kuniga 2 mahaldan sirtqi tayinlanadi	(C) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	Kremniy-deksapantenolli krem	Bolalarga 2-4 oy davomida kuniga 2 mahaldan sirtqi tayinlanadi	(C) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	Mochevina (5,10,15%)	Kuniga 1–2 mahal 1–3 hafta davomida sirtqi qo‘llaniladi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167133/

Keyingi davolash choralari:

Doimiy yashash joyida dermatolog nazoratida dinamik kuzatuv olib boriladi. Bu jarayonda tayanch davolash masalalari hal etiladi, qo‘llanilayotgan davolash usullarining nojo‘ya ta’sirlarini minimal kamaytirish choralari ko‘riladi, teriga doimiy asosiy parvarish amalga oshiriladi hamda kasallikni qo‘zg‘atuvchi omillari bartaraf etiladi. [3]

Adabiyotlar ro‘yxati:

1. Gandhi N.A., Pirozzi G., Graham N.M. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic diseases. Expert Rev Clin Immunol. 2017; 13(5): 425-437.
2. Werfel T., Allam J.P., Biedermann T. et al. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2016; 138: 336-349.
3. Van der Hulst A.E., Klip H., Brand P.L. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: a systematic review. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 565-569.
4. Allergologicum Update 2020. 1nt Arch Allergy Immunol. 2020; 181(1): 1-10.
5. Hill D.A., Spergel J.M. The atopic march: Critical evidence and clinical relevance. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018; 120(2): 131-137.
6. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II.J Am Acad Dermatol. 2010; 63(6): 949-972.
7. 22. Arbes S.J. Jr. Gergen P.J., Elliott L., Zeldin D.C. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. J Allergy Clin Immunol. 2005; 116: 377-383.
8. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т. II. – 928 с.
9. Schram M.E., Spuls P.I., Leeflang M.M. et al. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. Allergy. 2012; 67: 99- 106.
10. Giam Y.C., Hebert A.A., Dizon M.V. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis. Asia Pac Allergy. 2016; 6(2): 120-128.
11. Breternitz M., Kowatzki D., Langenauer M. et al. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. Skin Pharmacol Physiol. 2008; 21: 39-45.
12. Lindh J.D., Bradley M. Clinical effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review. Am J Clin Dermatol. 2015; 16: 341-359.
13. Miller D.W., Koch S.B., Yentzer B.A. et al. An over-the-counter moisturizer is as clinically effective as, and more cost-effective than, prescription barrier creams in the treatment of children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized, controlled trial. J Drugs Dermatol. 2011; 10: 531-537.
14. Grimalt R., Mengeaud V., Cambazard F. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. Dermatology. 2007; 214 (1): 61-67.
15. Lucky A.W., Leach A.D., Laskarzewski P., Wenck H. Use of an emollient as a steroidsparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children. Pediatr Dermatol.1997; 14 (4): 321-324.
16. Eberlein B., Eicke C., Reinhardt H.W., Ring J. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008; 22 (1): 73-82.
17. Mavlynova Sh Z, Ismagilov A I, Mavlyanov PN, Mavlyanova NN. Activated silica solutions in external therapy in patients with allergic dermatosis.// International Aesthetic Dermatology Symposium of Korean Dermatologists -2019 – Seoul, Korea. - Abstracts – p.173. www.koreaderma.org
18. Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р., Джафаров Х.М. Инновационный способ базисной наружной терапии у детей с экземой. // Методические рекомендации . – Ташкент. 2023.-22с.
19. Devillers A.C., Oranje A.P. Efficacy and safety of "wet-wrap" dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. Br J Dermatol. 2006; 154 (4): 579-585.

20. Goodyear H.M., Spowart K., Harper J.I. "Wet-wrap" dressings for the treatment of atopic eczema in children. Br J Dermatol. 1991; 125 (6): 604.
21. Brenninkmeijer E.E., Spuls P.I., Lindeboom R. et al. Excimer laser vs. clobetasol propionate 0.05% ointment in prurigo form of atopic dermatitis: a randomized controlled trial, a pilot. Br J Dermatol. 2010; 163 (4): 823-831.
22. Pels R., Sterry W., Lademann J. Clobetasol propionate – where, when, why? Drugs Today (Bare). 2008; 44 (7): 547-557.
23. Thomsen S.F. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014. DOI: 10.1155/2014/354250
24. Feldman S.R. Relative efficacy and interchangeability of various clobetasol propionate vehicles in the management of steroid-responsive dermatoses. CurrTher Res ClinExp. 2005; 66 (3):154-171.
25. Datz B., Yawalkar S. A double-blind, multicenter trial of 0.05% halobetasol propionate ointment and 0.05% clobetasol 17-propionate ointment in the treatment of patients with chronic, localized atopic dermatitis or lichen simplex chronicus. J Am Acad Dermatol. 1991; 25 (6Pt 2):1157-1160.
26. Viglioglia P., Jones M.L., Peets E.A. Once-daily 0.1% mometasone furoate cream versus twice-daily 0.1% betamethasone valerate cream in the treatment of a variety of dermatoses. J Int Med Res. 1990; 18 (6): 460-467.
27. Cabrera M.E. Treatment of severe or resistant corticosteroid-responsive dermatoses with Diprolene cream. J Int Med Res. 1984; 12 (3): 163-169.
28. Lodolo J.C. Diprolene cream in the treatment of severe or resistant corticosteroidresponsive dermatoses. J Int Med Res. 1984; 12 (2): 114-120.
29. Peterkin G.A., Morley W.N., Chalmers D. Triamcinolone and fluocinolone acetonide ointments in atopic eczema. BrMed J. 1962; 1 (5289): 1392.
30. Bleehen S.S., Chu A.C., Hamann I. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream in the treatment of atopic eczema: a multicentre study comparing once-daily treatment and once-daily vehicle cream application versus twice-daily treatment. Br J Dermatol. 1995; 133 (4): 592-597.
31. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт) в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита. Эффективная фармакотерапия. 2010; 9: 24-29.
32. Prakash A., Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs. 1998; 55(1): 145-163.
33. Lebwohl M. A comparison of once-daily application of mometasone furoate 0.1% cream compared with twice-daily hydrocortisone valerate 0.2% cream in pediatric atopic dermatitis patients who failed to respond to hydrocortisone: mometasone furoate study group. Int J Dermatol. 1999; 38 (8): 604-606.
34. Ненашева Н.М. Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2012; (3): 6-15.
35. Bieber T., Vick K., Folster-Holst R. et al. Efficacy and safety of methylprednisolone aceponate ointment 0.1% compared to tacrolimus 0.03% in children and adolescents with an acute flare of severe atopic dermatitis. Allergy. 2007; 62 (2): 184-189.
36. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолонаацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 1: 93-98.
37. Panja S.K., Gangopadhaya A.K., Sharma S.D. A randomised, double-blind comparison of alclometasone dipropionate 0.05% cream in atopic dermatitis and other dermatoses. Indian J Dermatol. 1988; 33 (1): 1-4.

38. Торопова Н.П., Черкасова Л.А., Платонова И.Н. и др. Опыт применения препарата "Афлодерм" (алклометазонадипропионат) в детской дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 3: 39-40.
39. Koopmans B., Lasthein Andersen B., Mork N.J. et al. Multicentre randomized doubleblind study of locoidlipocream fatty cream twice daily versus locoidlipocream once daily and locobase once daily. J Dermatol Treat. 1995; 6 (2): 103-106.
40. Игнатьев Д.В., Кочергин Н.Г. Местные кортикостероиды в практике врачадерматолога. Особенности гидрокортизона бутирата (локоида). Дерматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. 2007; 1: 50-54.
41. Reitamo S., Wollenberg A., Schopf E. et al. Safety and efficacy of 1 year of tacrolimus ointment monotherapy in adults with atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2000; 136 (8): 999-1006.
42. Bornhovd E.C., Burgdorf W.H., Wollenberg A. Immunomodulatory macrolactams for topical treatment of inflammatory skin diseases. Curr Opin Investig Drugs. 2002; 3 (5): 708-712.
43. Lubbe J. Klinische Erfahrungen mit topischen Calcineurininhibitoren in der Praxis. Hautarzt. 2003; 54 (5): 432-439.
44. Wollenberg A., Sidhu M.K., Odeyemi I. et al. Economic evaluation of maintenance treatment with tacrolimus 0.1% ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1322-1330.
45. Reitamo S., Rustin M., Harper J. et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0.1% tacrolimus ointment in children and adult patients. Br J Dermatol. 2008; 159 (4):942-951.
46. Mandelin J.M., Remitz A., Virtanen H.M. et al. A 10-year open follow-up of eczema and respiratory symptoms in patients with atopic dermatitis treated with topical tacrolimus for the first 4 years. J Dermatolog Treat. 2010; 21 (3): 167-170.
47. Ho V.C., Gupta A., Kaufmann R. et al. Safety and efficacy of nonsteroid pimecrolimus cream 1% in the treatment of atopic dermatitis in infants. J Pediatr 2003; 142 (2): 155-162.
48. Eichenfield L.F., Thaci D., de Prost Y. et al. Clinical management of atopic eczema with pimecrolimus cream 1% (Elidel) in paediatric patients. Dermatology 2007; 11: 3-17.
49. Reda A.M., Elgendi A., Ebraheem A.I, et al. A practical algorithm for topical treatment of atopic dermatitis in the Middle East emphasizing the importance of sensitive skin areas. J Dermatolog Treat. 2019; 30 (4): 366-373.
50. Кубанов А.А., Петровский Ф.И. Активированный пиритион цинка (Скин-кап). Механизмы действия. Клиническое применение. Вестник дерматологии и венерологии, 2009; 5: 35-42.
51. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и др. Скин-Кап в терапии атопического дерматита у детей (по результатам Российского многоцентрового исследования КАДЕТ). Российский Аллергологический Журнал 2007; 2: 75-81.
52. Нейродерматозы. В кн.: Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т. 2 / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева, – М.: Медицина, 1999. – С. 9-49.
53. Григорьева И., Сергеев А., Манина И., Кудрявцева Е. Иммунопатология и биохимические основы атопических состояний. Врач. 2012; 4: 86-91.
54. Морозова С.В., Лусс Л.В. Хлоропирамин: современные аспекты применения. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (1): 137-140.
55. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Хлоропирамин: клинические аспекты применения. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 24: 1785-1789.
56. Петрова К.С., Петрова Г.А. Хлоропирамин (Супрастин) – современные аспекты применения в терапии аллергодерматозов. Русский медицинский журнал. Фармакотерапия. 2014; 8: 617-620.

57. Ревякина В.А. Антигистаминные препараты в клинической практике. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 11: 854-856.
58. Behrendt H., Ring J. Histamine, antihistamines and atopic eczema. Clin Exp Allergy. 1990; 20 (Suppl 4): 25-30.
59. La Rosa M., Ranno C., Musarra I. et al. Double-blind study of cetirizine in atopic eczema in children. Ann Allergy 1994; 73 (2): 117-122.
60. Павлова О.В. Опыт применения цетиризина (аллертека) в терапии больных экземойи экземой. Вестник дерматологии и венерологии 2005; (4): 41-43.
61. Самсыгина Г.А. Аллергические болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
62. Делягин В.М., Уразбагамбетов А. Применение Супрастинекса (левоцетиризина) при атопии у детей и подростков. Русский медицинский журнал. Педиатрия 2012; (16): 828-830.
63. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Федоскова Т.Г., Лусс Л.В. Эффективность терапии левоцетиризином больных с аллергодерматозами. Росс. Аллергол. Журнал, 2012, 5: 69-75.
64. Нажмутдинова Д.К., Швец О.И. Левоцетиризин: перезагрузка. Русский медицинский журнал. Дерматология. 2011; 21: 1324-1326.
65. Reynolds N.J., Franklin V., Gray J.C. et al. Narrow-band ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomised controlled trial. Lancet. 2001; 357 (9273): 2012-2016.
66. Seccombe L., Wynne M.D., Clancy C. et al. A retrospective review of phototherapy in children, at a tertiary paediatric dermatology unit. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021; 37 (1): 34-38.
67. Gambichler T., Othlinghaus N., Tomi N.S. et al. Medium-dose ultraviolet (UV) A1 vs. narrowband UVB phototherapy in atopic eczema: a randomized crossover study. Br J Dermatol 2009; 160 (3): 652-658.
68. Bogaczewicz J., Malinowska K., Sysa-Jedrzejowska A., Wozniacka A. Medium-dose ultraviolet A1 phototherapy improves SCORAD index and increases mRNA expression of interleukin-4 without direct effect on human β defensin-1, interleukin-10, and interleukin-31. Int J Dermatol. 2016; 55 (7): e380-e385.
69. Pugashetti R., Lim H.W., Koo J. Broadband UVB revisited: is the narrowband UVB fad limiting our therapeutic options? J DermatologTreat. 2010; 21 (6): 326-330.
70. Tzaneva S., Kittler H., Holzer G. et al. 5-Methoxypsoralen plus ultraviolet (UV) A is superior to medium-dose UVA1 in the treatment of severe atopic dermatitis: a randomized crossover trial. Br J Dermatol. 2010; 162 (3): 655-660.
71. Garritsen F.M., Brouwer M.W., Limpens J., Spuls P.I. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research. Br J Dermatol. 2014; 170 (3): 501-513.
72. Uetsu N., Horio T. Treatment of persistent severe atopic dermatitis in 113 Japanese patients with oral psoralen photo-chemotherapy. J Dermatol. 2003; 30 (6): 450-457.
73. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. / Под ред. Г.Н. Пономаренко., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. 688 с.
74. Частная физиотерапия: Учебное пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2005, 744 с.
75. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Волнухин В.А. и др. Терапия больных псориазом, экземойи витилиго узкополосным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм. Медицинская технология N ФС-2006/250 от 15 августа 2006 года. Вестник дерматологии и венерологии 2008: 3: 17-20.
76. Thompson K.G., Kim N. Distinguishing myth from fact: photocarcinogenesis and phototherapy. DermatolClin. 2020; 38 (1): 25-35.

77. Paller A.S., Siegfried E.C., Thagi D. et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. J Am Acad Dermatol. 2020; 83 (5): 1282-1293.
78. Paller A.S., Bansal A., Simpson E.L. et al. Clinically meaningful responses to dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: Post-hoc analyses from a randomized clinical trial. Am J Clin Dermatol. 2020; 21 (1): 119-131.
79. De Bruin-Weller M., Thagi D., Smith C.H. et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFE). Br J Dermatol. 2018; 178(5): 1083-1101.
80. Snast I., Reiter O., Hodak E. et al. Are biologies efficacious in atopic dermatitis? asystematic review and meta-analysis. Am J Clin Dermatol. 2018; 19 (2): 145-165.
81. Granlund H., Erkko R, Remitz A. et al. Comparison of cyclosporin and UVAB phototherapy for intermittent one-year treatment of atopic dermatitis. Acta DermVenereol 2001; 81: 22-27.
82. Schmitt J., Schmitt N., Meurer M. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21 (5): 606- 619.
83. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. JEur AcadDermatol Venereol 2018; 32 (6): 850-878.
84. Jung M.Y., Chung J.Y., Lee H.Y. et al. Antibiotic susceptibility of Staphylococcus aureus in atopic dermatitis: current prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Korea and treatment strategies. Ann Dermatol. 2015; 27 (4): 398-403.
85. Масюкова С.А., Гладько Е.В., Тарасенко Г.Н. и др. Фузидиевая кислота в лечении пиодермитов и аллергодерматозов, осложненных бактериальной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2007; 6: 54-57.
86. Gong J.O., Lin L., Lin T. et al. Skin colonization by Staphylococcus aureus in patients with eczema and atopic dermatitis and relevant combined topical therapy: a double-blind multicentre randomized controlled trial. Br J Dermatol 2006; 155: 680-687.
87. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. Применение Полькортолона ТС для лечения зудящих дерматозов, осложненных вторичной инфекцией. Русский медицинский журнал 2013; 21 (22): 1096-1098.
88. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В. Опыт применения аэрозолей оксикорт и полькортолон ТС в лечении аллергических дерматозов, осложненных пиодермией. Вестник дерматологии и венерологии. 2004; 1: 42-43.
89. Hjorth N., Schmidt H., Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. Pharmatherapeutica 1985; 4: 126-131.
90. Кунгуров Н.В., Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. и др. Комбинированная наружная терапия осложненных дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2005; 2: 33-37.
91. Tognetti L., Martinelli C., Berti S. et al. Bacterial skin and soft tissue infections: review of the epidemiology, microbiology, aetiopathogenesis and treatment: a collaboration between dermatologists and infectivologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26 (8): 931-941.
92. Wollenberg A. Eczema herpeticum. Chem Immunol Allergy. 2012; 96: 89-95.
93. Niimura M., Nishikawa T. Treatment of eczema herpeticum with oral acyclovir. Am J Med. 1988; 85 (2A): 49-52.
94. Darsow U., Forer I., Ring J. Allergen-specific immunotherapy in atopic eczema. Curr Allergy Asthma Rep 2011; 11: 277-283.

95. Ring J. Successful hyposensitization treatment in atopic eczema: results of a trial in monozygotic twins. Br J Dermatol 1982; 107: 597-602.
96. Perkin M.R., Logan K., Tseng A. et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. N Engl J Med 2016; 374: 1733-1743.
97. Prell C., Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding. DtschArztebl Int. 2016; 113(25): 435-444.
98. Vandenplas Y., Al-Hussaini B., Al-Mannaei K. et al. Prevention of Allergic Sensitization and Treatment of Cow's Milk Protein Allergy in Early Life: The Middle-East Step-Down Consensus. Nutrients. 2019 Jun 26; 11(7).
99. Cuello-Garcia C.A., Brozek J.L., Fiocchi A. et al. Probiotics for the prevention of allergy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Allergy Clin Immunol 2015; 136: 952-961.
100. Muraro A., Halken S., Arshad S.H. et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy 2014; 69: 590-601.
101. Kathuria P., Silverberg J.I. Association of pollution and climate with atopic eczema in US children. Pediatr Allergy Immunol 2016; 27: 478-485.
102. Morgenstern V., Zutavern A., Cyrys J. et al. Atopic diseases, allergic sensitization, and exposure to traffic-related air pollution in children. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 1331-1337.
103. Lambert J., Bostoen J., Geusens B. et al. A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first results. Arch Dermatol Res. 2011; 303: 57-63.
104. Bath-Hextall F., Delamere F., Williams H. Dietary exclusions for improving established atopic eczema in adults and children systematic review. Allergy 2009; 64: 258-264.
105. Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
106. Darsow U., Laifaoui J., Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: A European multicenter study. Allergy. 2004; 59: 1318-1325.
107. Caut C., Leach M., Steel A. Dietary guideline adherence during preconception and pregnancy: A systematic review. Matern Child Nutr. 2020; 16(2): el2916.
108. Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Махсудов М.Р., Мирзакулова Ш.Н. Диагностические критерии оценки состояние микробиоты кожи у больных кожными заболеваниями. // Методические рекомендации. – ташкент – 26с.
109. Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. Критерии диагностики и лечения микогенной сенсибилизации у больных экземой. // Методические рекомендации. – ташкент-2023 – 29с.
110. Wuthrich B, Schmid-Grendelmeier P. The atopic eczema/dermatitis syndrome. Epidemiology, natural course, and immunology of the IgE-associated ("extrinsic") and the nonallergic ("intrinsic") AEDS. J Investig Allergol Clin Immunol. 2003;13 (1): 1—5.
111. Darsow U, Laifaoui J, Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: a European multicenter study. Allergy. 2004; 59 (12): 1318-1325.
112. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM. et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. Br J Dermatol. 2009; 160 (2): 353-358.
113. Haslund P, Bangsgaard N, Jarlov JO. et al. Staphylococcus aureus and hand eczema severity. Br J Dermatol. 2009; 161 (4): 772-777.
114. Mernelius S., Carlsson E., Henricson J. et al. Staphylococcus aureus colonization related to severity of hand eczema. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2016; 35 (8): 1355-1361.
115. Schlievert PM, Case LC, Strandberg KL. et al. Super-antigen profile of Staphylococcus aureus isolates from patients with steroid-resistant atopic dermatitis. Clin Infect Dis.

2008; 46 (10): 1562-1567.
116. Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. Br J Dermatol. 2010; 163 (1): 12-26.
117. Gueniche A, Knaudt B, Schuck E. et al. Effects of nonpathogenic gram-negative bacterium Vitreoscilla filiformis lysate on atopic dermatitis: a prospective, randomized, double- blind, placebo-controlled clinical study. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1357-1363.
118. Kaffenberger BH, Mathis J, Zirwas MJ. A retrospective descriptive study of oral azole antifungal agents in patients with patch test-negative head and neck predominant atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014; 71 (3): 480-483.
119. Schurmeyer F., Luger T., Bohm M. Long-term efficacy of occlusive therapy with topical pimecrolimus in severe dyshidrosiform hand and foot eczema. Dermatology. 2007; 214 (1): 99— 100.
120. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Оценка эффективности препарата скин-кап При лечении детей, больных себорейной и микробной экземой. Российский Аллергологический журнал. 2005; 2: 59-63.
121. Hordinsky M., Fleischer A., Rivers J. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% in mild-to-moderate chronic hand dermatitis: a randomized double-blind trial. Dermatology. 2010; 221 (1): 71-77.
122. Круглова Л.С., Жукова О.В., Стрелкович Т.И. Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 12 (2): 10-14.
123. Katsarou A.., Papagiannaki K. Topical treatment of hand eczema: calcineurin inhibitors.
124. In: Alikhan A., Lachapelle J.M., Maibach H. (eds) Textbook of Hand Eczema. 2014.
125. Luger T., Paul C. Potential new indications of topical calcineurin inhibitors. Dermatology. 2007; 215 Suppl 1: 45-54.
126. Данилова А.А. Общие подходы к терапии экземы в практике Врача-интерниста. Лечащий врач. 2011; 8: 94.
127. Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э. Этиопатогенетическая терапия воспалительньгх дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 94 (2): 78-83.
128. Ковалёва Ю. С., К омкина Н.Г. Мкробная экзема — триггерные точки воздействия.
Медицинский совет. 2023; 17 (2): 37-44.
129. Strategos J. Fusidic acid-betamethasone combination in infected eczema: an open, randomized comparison with gentamicin-betamethasone combination. Pharmatherapeutica. 1986; 4 (9): 601-606.
130. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32 (6), 850-878.
131. Matterne U, BÖhmer MM, Weisshaar E. et al. Oral H1 antihistamines as ‘add-on’ therapy to topical treatment for eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 1 (1): CD012167.
132. Thestrup-Pedersen K., Andersen K.E., Menne T., Veien N. Treatment of hyperkeratotic dermatitis of the palms (eczema keratoticum) with oral acitretin. A single-blind placebo controlled study. Acta Derm Venereol. 2001; 81 (5): 353-355.
133. Song M., Lee H.J., Lee W.K. et al. Acitretin as a therapeutic option for chronic hand eczema. Ann Dermatol. 2017; 29 (3), 385-387.
134. Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson &, Diepgen TL, Dickinson-Blok JL, Xia J, Williams HC. Interventions for hand eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 26; 4 (4): CD004055.
135. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs local PUVA in the treatment of chronic hand eczema. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2007; 23 (1): 10-14.
136. Patrizi A, Raone B, Ravaioli GM. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of

phototherapy. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015; 8: 511—520.
137. Svejgaard El, Larsen PØ, Deleuran M. et al. Treatment of head and neck dermatitis comparing itraconazole 200 mg and 400 mg daily for 1 week with placebo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18 (4): 445-449.
138. Glatz M, Buchner M, von Bartenwerffer W. et al. Malassezia spp. -specific immunoglobulin E level is a marker for severity of atopic dermatitis in adults. Acta Derm Venereol. 2015; 95 (2): 191-196.
139. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O. et. al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. J Dtsch Dermatol Ges. 2015; 13 (1): e1-22.
140. Суборова К. Н. И, др. Развитие учения о себорейной экземе и современные Практические вопросы // вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — №. 4. — С. 49-56.

https://icd.who.int/browse11/l-m/ru
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(13)01095-5/fulltext
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096220303055X
https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/4_AP-010221-1050-No-Supplement.pdf
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/
https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://nationaleczema.org/
https://www.mdpi.com/2077-0383/13/8/2185
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137769/
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667026723000176
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
https://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey
https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02953-0/abstract
https://nationaleczema.org/
https://www.msdmanuals.com/ru/professional/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/6/1199728492019061704

https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dyshidrotic-eczema/
https://nationaleczema.org/eczema/treatment/
https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

Ekzemani menejmenti bo‘yicha amaliy ko‘nikmalar vakolatlari

(task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	**TTYSh Oila shifokori (bakalavr)**	**Tor doiradagi mutaxassis**
Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyon etish.	+*	+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ayotganda ekzema simptomlari bo‘yicha bilimlarni qo‘llash.			+
Teri-tanosil kasalliklari bo‘lgan bemorlardan to‘liq tibbiy anamnez yig‘ish			+
Tashxis qo‘yish			
Spesifik simptomlar va laborator-instrumental tekshiruvlar asosida tashxislash			+
Asosiy laborator diagnostika			
Asosiy laborator tahlillarni tayinlash:			+
Qonning umumiy tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykotsitar formula + EChT)			+
Zaxmni aniqlash skrining testlari (MPR, RPR, KSR)			+
Umumiy IgEga IFA			+
Qo‘shimcha laborator diagnostika			
Tasdiqlovchi testlar: IFR, OTIR, IFA, PGAR, IXA			
Siydikning umumiy tahlili			+
Najasning umumiy tahlili			+
Kompleks biokimyoviy tekshiruvlar			+
Qonda gamma globulinni tekshirish			+
Qonda S reaktiv oqsilni tekshirish			+
Qonda antinuklear antitanalarni tekshirish			+
Gistologik tekshiruvlar			+
Immunologik tekshiruvlar			+
Immunogistokimyoviy tekshiruvlar			+
Qalqonsimon bezi gormonlarini tekshirish			+

IFA, IXLA usulida qonda vitamin D miqdorini aniqlash			+
IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullarida antitanalarni tekshirish			+
Zararlanish o‘choqlaridan olingan namunada mikrobiologik tekshiruv o‘tkazish va antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash			+
Mikologik tekshiruvlar			+
Qondagi lyambliyalarga qarshi A, M, G (IgA, IgM, IgG) sinfdagi antitanachalarni aniqlash, askaridalarga qarshi antitanachalarni aniqlash, qonda opistorxoz qo‘zg‘atuvchisiga qarshi antitanachalarni aniqlash			+
Qon va biologik substratlarni infeksiyalar bo‘yicha tahlil qilish (IFA, PZR)			+
OIVga IFA tekshiruvi			+
Molekular-genetik tekshiruv			+
Allergotestlar			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			
Teri holatini tashxislash – dermatoskopiya			+
Terini UTT			+
Ichki a’zolar UTT			+
Ko‘p shaklli ekssudativ eritemalarni davolash			
Ekzemani dori vositalarisiz davolashni tayinlash bo‘yicha vakolat (17-19 b.)			+
Ekzemani dori vositalar bilan davolashni tayinlash bo‘yicha vakolat (19-40 b.)			+
Ko‘p shaklli ekssudativ eritemalarni profilaktikasi			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish bo‘yicha vakolat			+
Dori-darmonlar bilan davolashga rioya etilishini yaxshilash bo‘yicha vakolatlar			+

Asosiy tor doiradagi mutaxassis – dermatovenerolog hisoblanadi.

* Ushbu vakolatlarga tibbiy hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

Ekzemani boshqarish bo‘yicha vakolatlar

	Amaliyot hamshirasi	**TTYSh Oila shifokori (bakalavr)**	**Tor doiradagi mutaxassis**
Ekzemani tavsifi.			+
Ekzema bilan bog‘liq shikoyatlarning simptomatik tavsifi.			+
Ekzemaning patofiziologik mexanizmlarini tavsifi.			+
Ekzemani tashxislashda etiologiyasi, simptomlari va tekshiruvlar (muhim laborator-instrumental tekshiruvlar) asosida yondashuvni shakllantirish.			+
Asosiy tahlillarni sharhlash.			+
Ekzemani davolashga yondashuvni shakllantirish.			+
Ekzemani nomedikamentoz davolashni yoritish.			+
Ekzemani medikamentoz davolashni yoritish.			+
Ekzema davolashda qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta’sir mexanizmi, qo‘llash ko‘rsatmalari va nojo‘ya ta’sirlarini muhokama qilish.			+
Ekzemani davolash doirasida uning rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qilish.			+

Asosiy tor doiradagi mutaxassis – dermatovenerolog hisoblanadi.